**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

TARCILA LIMA DA COSTA

**MULTIMÍDIA SOBRE VELOFARINGE E PALATOPLASTIA
NA FISSURA LABIOPALATINA**

**BAURU
2012**

TARCILA LIMA DA COSTA

**MULTIMÍDIA SOBRE VELOFARINGE E PALATOPLASTIA
NA FISSURA LABIOPALATINA**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, como um dos requisitos para obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientador: Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

BAURU

2012

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO DESTE TRABALHO, POR
QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Costa, Tarcila Lima da
C82m Multimídia sobre velofaringe e palatoplastia na fissura
labiopalatina, 2012

119; il.; 30 cm.

Dissertação(Mestrado – Área de Concentração: Fissuras
Orofaciais e Anomalias Relacionadas. Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de
São Paulo.

Orientador: Prof. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

1.Fissura Labiopalatina, 2.Velofaringe 3.Palatoplastia
4.Material Multimídia 5.Orientação de Pais e
Cuidadores 6.Educação em Saúde

CDD:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tarcila Lima da Costa

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr.

Instituição (Orientador):

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da Dissertação junto à SPG: ____/____/____

TARCILA LIMA DA COSTA

1974 – Nascimento em Cabo Frio – RJ - 16 de agosto,

1999/2003 - Graduação em Educação Artística. Hab. Artes Plásticas. UNESP/ Bauru-SP;

1998/1999 – **Estagiária** - Museu de Arqueologia e Etnologia/USP – São Paulo/SP

Desenvolvimento dos projetos pedagógicos: a) Guia Temático para Professores; b) Origens e Expansão das Sociedades Indígenas; c) Manifestações Sócio-Culturais Indígenas; e d) África: Cultura e Sociedade. Museu de Arqueologia e Etnologia/USP – SP; Prêmio Rodrigo Melo Franco - Educação Patrimonial- IPHAN;

1999 – **Monitorias** - Atendimento ao Público em Arte Educação em Exposições

Exposição Labirinto da Moda: Uma aventura infantil / SESC São Carlos/ SESC Bauru

Exposição “Fantasia Brasileira” Balé do IV Centenário /SESC Belenzinho;

2000 - **Monitoria** - Exposição Digital Lasar Segall/Sec. Mun. de Cultura de Bauru/ IBBNET

Instrutora/ Bolsista - Bolsa Fundunesp. “História da Arte Brasileira: A Pintura como Recurso Didático” – Interdisciplinaridade em Escolas da Rede Municipal e Estadual (Capacitação de Professores); Unesp/Bauru;

2001 - **Coordenação da Monitoria e Produção:** Exposição “Brasil 50 Mil Anos: Uma Viagem ao Passado Pré- colonial” / Museu de Arqueologia e Etnologia/ USP – STJ Brasília- Prêmio Rodrigo Melo Franco / IPHAN;

2003 - **Iniciação Científica:** Projeto de pesquisa..“Carlos Vergara: Por uma Arqueologia Pictórica”/ Bolsa de órgão fomentador de pesquisa.FAPESP/ Orientador: José Marcos Romão da Silva;

2006/2007 - **Professora** de Artes, História da Arte, História da Arquitetura e Trabalhos Manuais/Viver Escola Waldorf de Bauru;

2007/2009 - **Professora** de Atividades Artísticas/Escola Estadual Edison Bastos Gasparini

2007 - **Arte Educadora/ProIP/ USP**

Desenhista -“Informativo para Pais e Cuidadores de pessoas com fissura labiopalatina”

Ilustração com movimento (Pop-up) do palato mole

Consultoria na área de Arte-Educação para pacientes de Fonoterapia Intensiva

Pintura Mural para acolhimento de pacientes da sala de Fonoterapia Intensiva;

2008/2010 - **Professora de Arte-** Escola Estadual Com. João Chammas- Pederneiras/SP

2009 -**Artista plástica** – Desenvolvimento de modelo tridimensional de cabeça com articulação da velofaringe

2010/Atual – **Professora de Arte-** Escola Municipal de Ensino Fundamental- Nacilda de Campos- Bauru/SP & **Colaboradora** – Elaboração do Currículo Comum na área de Arte/ Prefeitura Municipal de Bauru

DEDICATÓRIA

*Bendita a sede que arranca nossos olhos da pedra,
Bendita a água que nos congrega a todos em torno da fonte.*

Orídes Fontela

Dedico este trabalho à minha família muito especial.

Ao meu amado esposo Coaracy, parceiro constante, por sua dedicação ininterrupta e imensurável a todos nós, esposa e filhos. Parceiro que a despeito das diferenças nas formas que temos de olhar para a vida, encontra-me no essencial e por isso mesmo, me ajuda a me tornar melhor a todo instante.

*Aos nossos filhos, José Rafael, Tiago, Guilherme e Natália,
frutos da parceria, frutos do essencial, emblemas da
diferença, motivação para este trabalho.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Agradeço especialmente à minha orientadora e amiga, Profª Drª
Jeniffer Dutka, por ter aceitado conduzir esta empreitada
interdisciplinar, de uma arte-educadora na área da saúde. Agradeço,
muito sinceramente, por sua mente aberta e motivada, que sempre
acredita nas possibilidades do incomum e segue na dianteira,
alargando as fronteiras...*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço especialmente à minha mãe por sua contínua dedicação, por sua doação sem medidas para minha formação pessoal, acadêmica e profissional. Agradeço ainda pela retaguarda estabelecida para a conclusão deste trabalho.

Agradeço especialmente à minha irmã Samira, por estar sempre presente, mesmo na distância; por sempre ter a palavra certa para meus ouvidos, por me ajudar a conhecer meu próprio caminho, a reconhecer minhas referências, ao mesmo tempo em que me aponta novos conhecimentos... Agradeço pelo companheirismo, pela orientação e pelo trabalho braçal.

AGRADECIMENTOS

“E quanto fizerdes, por palavras ou por obras, fazei tudo em nome do Senhor Jesus,

dando por Ele graças a Deus e Pai.”

Paulo. (Colossenses, 3:17)

*A Deus, sobre todas as coisas, pela oportunidade deste aprendizado,
pelo amparo em todas as horas...*

*Aos amigos espirituais, pelas inspirações umas vezes ouvidas por mim,
outras infelizmente ignoradas... Pela força sempre...*

*Ao meu pai, por ter me proporcionado conhecer outras visões de
mundo, pelo exemplo de leitura, estudo e autodidatismo.*

Ao meu irmão Cláudio, pelo exemplo de equilíbrio e amor à Ciência.

*Aos amigos do Centro Espírita. Leocádio Correia e Dr. Bezerra, por, a
cada dia mais, demonstrarem que são a minha família em Bauru.*

*Ao Prof. Dr Chao Lung Wen, Prof^a Sandra R. Gimenez-Paschoal e Vera
H. Valente Leirião pelas valiosas contribuições na qualificação.*

À Olívia Mesquita, por todas as imensas e proveitosas conversas...

Ao Douglas Casotto, técnico de áudio e vídeo, que prestou auxílio imprescindível para elaboração e confecção do material multimídia, sempre com enorme boa vontade.

Aos profissionais do Setor de Educação e Terapia Ocupacional do HRAC. O lugar onde o amor e a alegria são contagiantes.

Ao Dr. Antonio Carlos Sant'anna, acupunturista, por ajudar a fortalecer minha mente e meu organismo, para o cumprimento deste trabalho.

À Christina Rizzi, que iniciou e sustentou meu aprendizado em arte-educação.

À Profª Guiomar J. Biondo, pelo aval fortalecedor.

A todos do Projeto Flórida e Setor de Prótese de Palato pelo acolhimento, companheirismo e apoio.

À Dixier Mattielo, pelos incontáveis auxílios, daqueles que só os amigos fazem...

À Maria de Fátima por me ajudar a fazer da minha casa um lar, mesmo na minha ausência..

*Aos colegas da turma de mestrado, em especial, Fernanda e Roberta
Ribeiro e Daniela Santos.*

Ao HRAC, pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

Ao pessoal da Seção de Pós Graduação, Andréia, Rogério e Zezé

*A todos que de alguma maneira colaboraram para a realização deste
trabalho de forma direta ou indireta, participando ou incentivando.*

*Por fim, agradeço muito sinceramente, a todos os pais, tios e avós que
generosamente aceitaram participar desta pesquisa e cederam seu
tempo em um momento tão delicado como o da cirurgia de suas
crianças*

A todos, muito obrigada!

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana*
Carl Gustav Jung

RESUMO

COSTA TL. Multimídia sobre velofaringe e palatoplastia primária em bebês com fissura labiopalatina. [Dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Este projeto teve como objetivos desenvolver um material multimídia com informações quanto à velofaringe e palatoplastia primária em bebês com fissura labiopalatina e avaliar o impacto do uso do material no conhecimento de pais de pacientes em tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP). O projeto foi desenvolvido no Laboratório de Fonética Experimental e no Setor de Educação e Terapia Ocupacional do HRAC-USP e foi dividido em 2 fases. A Fase I envolveu a elaboração do material multimídia sobre a velofaringe e a palatoplastia primária em bebês com fissura labiopalatina. Esta primeira Fase envolveu definição e execução dos seguintes aspectos: público alvo; conteúdo; ilustrações didáticas; roteiro educacional; texto e narração; sequência audiovisual e conversão em vídeo. A Fase II envolveu a comparação dos conhecimentos dos pais e cuidadores antes e depois da apresentação do mesmo. O material confeccionado durante a Fase I deste projeto foi copiado em formato de DVD e se encontra na contracapa deste trabalho. Durante a Fase 2 o roteiro avaliativo foi aplicado a um grupo de 41 pais e cuidadores de pacientes com fissura labiopalatina antes e depois da apresentação do material. Os dados observados depois da apresentação do material revelam que o número mínimo de respostas corretas para cada questão, relacionadas aos aspectos abordados no material aumentou de 8 (20%) para 19 (46%) enquanto o número máximo de respostas corretas aumentou de 35 (85%) para 40 (98%), resultando num aumento geral da média geral de acertos de 25 (61%) para 35 (86%). O teste Qui-Quadrado revelou diferença significativa da melhora observada para as respostas após os participantes assistirem ao material para os conteúdos que abordaram, particularmente, o papel da velofaringe e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe. De uma forma geral os achados sugerem que o material teve impacto positivo resultando em uma melhora dos conhecimentos do grupo.

Palavras Chave: Fissura Labiopalatina, Velofaringe, Palatoplastia, Material Multimídia, Orientação de Pais e Cuidadores, Educação em Saúde

ABSTRACT

COSTA TL. Multimedia about velopharynx and primary palatoplasty for parents and caregivers of babies with cleft lip and palate. [Master Thesis]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

This project had the objectives of developing a multimedia material with information regarding velopharynx and primary palatoplasty in babies with cleft lip and palate, and evaluating the impact of the material in the knowledge of parents and caregivers of patients in treatment at the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP). The project was developed at the Laboratório de Fonética Experimental e no Setor de Educação e Terapia Ocupacional do HRAC-USP and was divided into two phases. Phase 1 involved the elaboration of the multimedia material about the velopharynx and primary palatoplasty in babies with cleft lip and palate. This first phase included definition and completion of the following aspects: targeted public, content, didactic illustrations, educational script, text and narration, audio-visual sequencing, and video preparation. Phase 2 involved comparing parents and caregiver's knowledge before and after presentation of the material. The material developed during phase 1 was formatted into a DVD and is available at the slipcover of this manuscript. During phase 2 the assessment script was applied to 41 parents and caregivers of patients with cleft lip and palate before and after presentation of the material to all participants. Data observed after the presentation of the material revealed that the minimum number of correct answers regarding the aspects addressed in the material increased from 8 (20%) to 19 (46%) while the number of maximum correct answers increased from 35 (85%) to 40 (98%), resulting in an overall increase of the mean correct answers from 25 (61%) to 35 (86%). Chi-Square test revealed a significant difference for the improvement observed for answers after the participants reviewed the material, particularly for the questions addressing the role of the velopharynx and the role of the primary palatoplasty for the reconstruction of the velopharynx. Overall findings, therefore, suggest a positive impact of the material resulting in an increase of the knowledge of the group.

Key Words: Cleft Lip and Palate; Velopharynx; Palatoplasty; Multimedia Material; Parent and Caregiver Counseling; Health Education

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Imagens usadas pela equipe do Serviço de Prótese de Palato do HRAC para ilustrar o trato vocal durante orientação de pais, pacientes e cuidadores.....	75
Figura 2: Imagens usadas pela equipe do Serviço de Prótese de Palato do HRAC para ilustrar a velofaringe e demais estruturas durante orientação de pais, pacientes e cuidadores.....	76
Figura 3: Imagens do trato vocal conforme ilustrado no Projeto Homem Virtual.....	77
Figura 4: Ilustrações para propor analogia entre a fruta cortada ao meio e a representação tridimensional das cavidades internas da cabeça.....	77
Figura 5: Imagens elaboradas para representar estruturas internas da cabeça.....	78
Figura 6: Exemplo de imagens usadas para ilustrar a velofaringe durante respiração.....	79
Figura 7: Confeção do modelo tridimensional da cabeça em corte longitudinal em plano sagital.....	81
Figura 8: Exemplo de partitura vocal.....	86
Figura 9: Slides de introdução do material multimídia.....	87
Figura 10: Slide e texto ilustrando a comparação entre boca com e sem fissura labiopalatina.....	88
Figura 11 Slide e texto: termo cavidade oral e imagens que ilustram esta cavidade.....	88
Figura 12: Slides ilustrando corte sagital e as cavidades internas da cabeça em visão tridimensional.....	89
Figura 13: Slides de conclusão e créditos.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relação entre os pilares da Abordagem Triangular e sua utilização na elaboração do roteiro educacional do <i>De Olho na Fala</i>	82
Tabela 2: Número (N) e porcentagem (%) de acertos antes e depois dos participantes assistirem ao material e diferença observada entre condição antes e depois.....	93
Tabela 3: Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades para reconhecimento e compatibilização entre termos leigos e termos clínicos e diferença* observada após os participantes assistirem ao material.....	93
Tabela 4: Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de identificar boca, nariz, garganta e velofaringe em imagens e diferença* observada após os participantes assistirem ao material.....	94
Tabela 5 Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de reconhecer as partes e o funcionamento do palato, diferença* observada após os participantes assistirem ao material.....	95
Tabela 6 Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais, diferença* observada após os participantes assistirem ao material.....	95
Tabela 7 Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de identificar o papel e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe, diferença* observada após os participantes assistirem ao material.....	96
Tabela 8 Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de identificar ações que o cuidador pode exercer para favorecer a realização da palatoplastia no tempo previsto pela equipe de reabilitação e diferença* observada após os participantes assistirem ao material.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

USP – Universidade de São Paulo

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

MEC – Ministério da Educação e Cultura

DVD- Digital Versatile Disc (Disco Digital Versátil)

FLP – Fissura Labiopalatina

DVF – Disfunção Velofaríngea

OMS – Organização Mundial da Saúde

OA – Objeto de Aprendizagem

UC – Unidade de Conhecimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....	35
1.1 Fissura Labiopalatina, Velofaringe e Palatoplastia Primária	38
1.2 Adesão ao Tratamento	40
1.3 Educação em Saúde	43
1.4 Material Multimídia: Unidade de Conhecimento	45
1.5 Abordagem Pedagógica	48
2 OBJETIVOS.....	51
3 MATERIAL E MÉTODO.....	55
3.1 Fase I	57
3.2 Fase II	60
3.2.1. Participantes	60
3.2.2. Procedimentos	61
3.2.3. Roteiro Avaliativo	62
3.2.4. Análise dos Dados	67
4 RESULTADOS.....	69
4.1 Fase I	71
4.1.1. Público alvo	71
4.1.2. Conteúdo	72
4.1.3. Ilustrações Didáticas	73
4.1.4. Roteiro Educacional	81
4.1.5. Texto e Narração	85
4.1.6. Sequencia audiovisual	87
4.1.7. Conversão em vídeo	90
4.2 Fase II:	91
4.2.1. Participantes	91
4.2.2. Achados descritivos e comparativos	92
5. DISCUSSÃO.....	97
6. CONCLUSÃO.....	107
5 REFERÊNCIAS.....	111
ANEXOS.....	119

Ary Condota

Introdução e Revisão de Literatura

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) é cadastrado pelo Ministério da Saúde (MS) para oferecer serviços de alta e média complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que nascem com anomalias craniofaciais e síndromes (CNES, 2012). Além de referência nacional e internacional no gerenciamento de anomalias, o HRAC/USP é também reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) como Hospital de Ensino e Pesquisa e tem o compromisso de formar e capacitar profissionais nas diversas especialidades da área da saúde voltadas para o atendimento das anomalias craniofaciais. Buscando junto com as demais instituições do país tanto a descentralização quanto a otimização de serviços na área das anomalias, o HRAC vem implementando ações voltadas para a multiplicação de conhecimentos.

Com o avanço tecnológico, as ações voltadas para promoção da saúde podem ser realizadas por meio de diferentes ferramentas que permitem a prática de ações preventivas e interventivas, tanto de forma presencial quanto à distância. A criação da Comissão de Telemedicina e Telessaúde do HRAC, em 2007, favoreceu o desenvolvimento de várias ações nas modalidades de teleeducação e teleassistência, visando qualificação e capacitação continuada de equipes, profissionais, alunos, agentes de saúde e também pacientes e cuidadores.

Enquanto a existência e a disseminação de conhecimento sobre fissura e alterações de fala relacionadas são comuns à maioria dos serviços voltados para o tratamento de pessoas com anomalias craniofaciais, a preocupação com o preparo de materiais voltados para a perspectiva do cuidador e testados quanto a sua eficiência são limitados (Moraes, 2008).

O uso de material multimídia, distribuído em formato de DVD(digital versatile disc) ou disponibilizado na internet, é um dos recursos mais acessíveis e abrangentes para orientação de cuidadores, mesmo para população com menor poder aquisitivo e menos acesso sociocultural. O HRAC tem dedicado atenção especial ao preparo de materiais para a orientação de pais e cuidadores de bebês com fissura labiopalatina (FLP), particularmente na área da fonoaudiologia. Esta pesquisa, portanto, enfoca a elaboração e o uso de material multimídia para orientação de cuidadores sobre a velofaringe, a produção da fala e o papel da palatoplastia primária nos bebês com FLP.

1.1) Fissura Labiopalatina, Velofaringe e Palatoplastia Primária

Sendo considerada uma das anomalias congênitas mais frequentes nos seres humanos, a FLP ocorre no Brasil numa frequência de 1 caso para cada 650 nascimentos (Silva Filho e Freitas, 2007). Esta anomalia ocorre devido a falhas de fusão dos processos de formação da face durante o período embrionário, podendo afetar o lábio, o palato ou ambos. A fissura do palato, particularmente, é uma abertura ou comunicação entre a boca e o nariz que ocorre quando partes do céu da boca não se fundem para formar o palato duro e/ou o palato mole resultando no acoplamento das cavidades oral e nasal e aumentando o risco de ocorrência de comprometimentos das funções de comunicação e alimentação (Kummer, 2008).

Em muitos centros craniofaciais ao redor do mundo a correção da fissura ocorre por meio de cirurgias realizadas no primeiro ano de vida do bebê. A queiloplastia é indicada quando há fissura de lábio e para a correção da fissura de palato é feita a palatoplastia. O papel da palatoplastia primária, em particular, é a reconstrução do palato de forma a permitir a separação anatômica entre as cavidades oral e nasal e também o estabelecimento de uma velofaringe que possa funcionar adequadamente de forma a

evitar a regurgitação nasal de alimentos e favorecer o desenvolvimento normal da audição e da fala (Bzoch, 2004; Kummer, 2008).

A velofaringe é a área do trato vocal que controla a comunicação entre as cavidades oral e nasal durante funções como a fala e a alimentação (Pegoraro-Krook et al., 2004). Durante a fala, o palato mole e as paredes da faringe interagem, abrindo e fechando a velofaringe de forma a separar ou comunicar as cavidades oral e nasal. Para a produção dos sons orais da fala, como o “p” da palavra “pai”, por exemplo, o palato mole e as paredes da faringe agem como um esfíncter, fechando o espaço velofaríngeo. O fechamento da velofaringe, portanto, permite a ressonância oral e o controle da pressão e fluxo aéreos necessários para produção dos sons orais da fala. Para a produção dos sons nasais da fala, como o “m” da palavra “mãe”, não é necessário o contato entre o palato mole e as paredes da faringe e a velofaringe fica aberta. Enquanto o fechamento velofaríngeo é essencial para a produção de sons orais, a abertura da velofaringe e a permeabilidade nasal e nasofaríngea são necessárias para produção de sons nasais. Assim sendo, para que os sons sejam desenvolvidos e produzidos normalmente, a velofaringe deve funcionar adequadamente, abrindo e fechando de forma a controlar a nasalidade e as pressões aéreas necessárias para fala (Bzoch, 2004).

Falhas no funcionamento velofaríngeo têm como consequência a disfunção velofaríngea (DVF) e podem ser resultado de: 1) alterações estruturais como um palato curto ou uma nasofaringe profunda; 2) alterações sensório-motoras, como paralisias ou paresias de palato e/ou de paredes da faringe; e 3) alterações do funcionamento velofaríngeo, onde um erro de aprendizagem justifica a alteração de fala, já que não existe alteração anatômica nem sensório-motora (Kummer, 2008). Segundo Suguimoto (2002), no HRAC a DVF ocorre numa frequência aproximada de 30% após realização da palatoplastia primária para correção da fissura no palato.

A palatoplastia primária é, na grande maioria das vezes, o primeiro procedimento para correção da fissura do palato e visa o restabelecimento anatômico e funcional do mecanismo velofaríngeo. Conforme cita Whitaker (2009) a idade da criança na palatoplastia primária é um fator de controvérsia entre profissionais da equipe craniofacial. Para o fonoaudiólogo responsável pela promoção do desenvolvimento adequado da fala, quanto mais cedo for corrigida a fissura e reconstruída a velofaringe, menor o risco para distúrbios na produção da fala. Seagle (2004) também cita a importância da idade na palatoplastia primária indicando que o controle desta variável é essencial para que ocorra um adequado desenvolvimento de fala, e argumentando ainda que a palatoplastia tem também um papel muito importante no crescimento da face. Quando o enfoque é no crescimento facial, no entanto, existem controvérsias quanto à época ideal para correção cirúrgica da fissura do palato, sendo que os profissionais da área odontológica argumentam que quanto mais tarde houver manipulação dos tecidos do palato duro menor o risco para comprometimento do crescimento do terço médio da face (Bardach e Salyer, 1995). O protocolo de *Etapas e Condutas Terapêuticas do HRAC* (Universidade de São Paulo, 2008), particularmente, informa que a instituição propõe que a palatoplastia primária, nos casos de FLP isolada, seja realizada aos 12 meses de idade.

1.2) Adesão ao Tratamento

Para que a palatoplastia primária alcance os resultados esperados pela equipe de reabilitação é importante que haja adesão ao tratamento por parte dos pais e cuidadores do bebê com FLP. Adesão ao tratamento, segundo Leite e Vasconcellos (2003), se refere ao comportamento de um indivíduo (ou de seus familiares e cuidadores) que cumpre com o tratamento proposto, respeitando as recomendações da equipe da saúde no que se referem à duração, precauções, horário ou ainda dosagem (quando pertinente). Neste sentido, os

vários aspectos relacionados ao tratamento proposto devem ser esclarecidos no momento em que a equipe disponibiliza informações ao paciente e seus cuidadores sobre custos, benefícios, vantagens e desvantagens das opções propostas para o gerenciamento da condição que o paciente apresenta.

A importância da atuação do profissional de saúde junto aos cuidadores é indicada na literatura, sendo pontuado que uma boa relação estabelecida entre estes e os pacientes é um dos elementos principais para que ocorra a adesão (Gonçalves et al, 1999, Leite e Vasconcellos, 2003). O próprio Ministério da Saúde em diferentes situações aborda a adesão como um aspecto importante do processo de promoção da saúde sugerindo que “uma atitude acolhedora do profissional possibilita estabelecer o vínculo do usuário com a equipe e com o serviço de saúde, fator determinante para adesão ao tratamento e ao serviço” (Brasil, 2007b, p.13). Já Reed (2001) descreve alguns benefícios da educação ao paciente incluindo: melhor compreensão da necessidade do tratamento, maior conhecimento da doença, melhor comunicação entre o paciente e o profissional, participação dos pacientes na escolha do tratamento, melhoria do autocuidado e das habilidades de solucionar problemas, bem-estar emocional, maior consciência da importância de consultas de acompanhamento e necessidade de outros procedimentos, o que culmina com melhor uso de tempo e dos recursos e melhora da qualidade de vida.

Com relação à FLP, a adesão envolve o seguimento, e para tal, o entendimento do protocolo de tratamento proposto pela equipe, que sugere etapas específicas para realização dos vários procedimentos necessários para um gerenciamento adequado desta condição. A maioria dos centros propõe que a correção cirúrgica primária da fissura seja realizada durante os primeiros 12 meses vida da criança como uma forma de favorecer o desenvolvimento adequado da fala. A falta de compreensão da importância de cumprir os procedimentos cirúrgicos primários no tempo indicado contribui para que muitos pais

cheguem ao hospital para cirurgia sem atentar para o estado de saúde da criança, inviabilizando que a mesma ocorra na data prevista, aumentando a probabilidade de comprometimento da fala. Shaw e Semb (2007) sugerem a importância dos profissionais envolvidos no gerenciamento da FLP fornecerem informações claras sobre o protocolo de tratamento como uma forma de favorecer a adesão ao tratamento proposto. Os autores remetem ainda ao relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) que sugere que a maneira como se estabelece essa interação entre a equipe reabilitadora e os cuidadores, é essencial para um bom resultado do processo de reabilitação e para uma relação cotidiana adequada com a anomalia e com o fardo que esta acarreta.

Conforme especifica a OMS, no referido relatório apresentado por Shaw e Semb (2007), os profissionais envolvidos no tratamento da FLP devem fornecer informações básicas abordando a condição em questão, a razão e alternativas para o tratamento, as fases do tratamento e as possibilidades de resultados. Estas informações, além de disponibilizadas verbalmente, podem ser complementadas por panfletos, manuais e outros materiais que permitam aos cuidadores refletir sobre o conteúdo de interesse num momento anterior ou posterior ao encontro presencial. A OMS sugere ainda que as organizações e instituições responsáveis pelos serviços de saúde devem reconhecer a necessidade da cooperação do paciente com as recomendações quanto ao tratamento, e, portanto, tem a responsabilidade de instruir os cuidadores a fim de atingir um bom resultado durante o gerenciamento das condições de saúde

Graciano, Tavano e Bachega (2007), argumentam que para compreensão do processo de reabilitação do indivíduo com anomalias craniofaciais é necessário um olhar sobre a família deste indivíduo, incluindo-a nos cuidados dispensados à criança, instrumentalizando-a quanto à doença e quanto aos aspectos do desenvolvimento infantil. Para que exista uma participação realmente efetiva de pais e cuidadores, portanto, é

necessário que as equipes reabilitadoras contribuam para o desenvolvimento de habilidades e competências que permitam a estes atuarem adequadamente no processo de reabilitação do paciente, conseqüentemente, favorecendo a adesão ao tratamento.

Segundo Dias et al (2011, p.217):

A adesão está intimamente associada à relação dos profissionais de saúde com o doente. Assim sendo, é necessário que os primeiros se preocupem em estabelecer um diálogo proveitoso com os doentes, utilizando para isso uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado, atendendo às suas necessidades de esclarecimento, tendo em conta o respeito pelas suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação econômica.

Para os autores, esta relação de empatia entre o profissional de saúde e os cuidadores (ou pacientes) resulta num clima de confiança e favorece a adesão à proposta de tratamento. Esta relação entre profissionais, pacientes e cuidadores pode ser otimizada por meio de um processo de Educação em Saúde.

1.3) Educação em Saúde

A Portaria nº 1286 do Ministério da Saúde (Brasil, 1993) em seu art. 8º e nº74 de 4 de maio 1994, indica que pais e cuidadores têm direito a informações sobre as ações diagnósticas e terapêuticas oferecidas para o gerenciamento das condições que comprometem ou podem vir a comprometer a saúde de suas crianças. Estas informações precisam ser disponibilizadas de forma clara, simples e compreensiva, adaptadas à condição cultural de cada família. Ao oferecerem serviços de média e alta complexidade (como aqueles envolvendo procedimentos cirúrgicos, por exemplo), as instituições assumem o compromisso de garantir que pais, familiares e pacientes tenham o entendimento adequado sobre o tratamento a ser implementado e sobre o papel dos cuidadores para que as ações desenvolvidas pela equipe de saúde tenham o melhor

resultado possível. Segundo a portaria mencionada, portanto, a orientação adequada é um direito de pais, pacientes e cuidadores.

O processo de orientação e preparo de pais, pacientes, cuidadores e agentes de saúde tem sido abordado diretamente pelo governo brasileiro por meio de iniciativas voltadas para Educação em Saúde, em que profissionais da área de saúde empenham-se na tarefa de esclarecer cuidadores e pacientes sobre suas condições e sobre a importância do envolvimento dos mesmos com o tratamento (Alves, 2004-2005). Segundo Silveira e Ribeiro (2005) é necessário um olhar cuidadoso neste processo, uma vez que o modelo de formação do profissional em saúde no Brasil resulta em uma atenção pouco resolutiva e impessoal, interferindo na receptividade por parte dos pacientes. Para que as equipes de saúde possam maximizar o envolvimento de cuidadores e a adesão ao tratamento, os programas de orientação de pais, cuidadores e pacientes têm exercido um importante papel.

A sensibilização com as necessidades dos pacientes, a partir de uma relação dialógica, faz parte do conjunto de práticas de Educação em Saúde e inclui o desenvolvimento de processos educativos voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (Alves, 2004-2005). Nas abordagens voltadas para Educação em Saúde, uma prática que vem demonstrando bons resultados tem sido a confecção de materiais multimídia voltados especificamente para o desenvolvimento de habilidades que favoreçam comportamentos voltados para a promoção da saúde e para a adesão ao tratamento (Ferreira, 2005; Alencar, 2008; Spinardi, 2009). Neste cenário o HRAC é um centro de tratamento que oferece serviços para pacientes de todas as regiões do país, característica que culmina em uma importante responsabilidade desta instituição frente às Políticas Públicas de Saúde e de Educação em Saúde. Neste sentido torna-se evidente a necessidade do envolvimento da instituição no desenvolvimento de materiais

informativos sobre anomalias craniofaciais, seja para um programa de Educação Permanente em Saúde (que segundo o Ministério da Saúde (Brasil, sd) pode ser vista como abordagem cujo principal objetivo é alimentar e ampliar o repertório dos profissionais da área) ou para um programa de Educação em Saúde na orientação de pais e pacientes.

1.4) Material Multimídia: Unidade de Conhecimento

Entende-se por material multimídia todo material que utiliza diversos formatos de informação (imagens, vídeos, sons, animações, etc.) estimulando simultaneamente diferentes tipos de percepção e sentidos, assim como diferentes formas de aquisição de conhecimento (Nascimento, 2005). Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, Houaiss, o termo conhecimento indica o estado ou condição de compreender, entender. (Houaiss, Villar, Franco, 2004). Nascimento (2005) sugere que a qualidade dos materiais multimídia pode interferir diretamente no coeficiente de interpretação da mensagem. Se por um lado materiais multimídia bem elaborados podem contribuir para a aceitação, receptividade e compreensão do conteúdo apresentado, por outro lado materiais multimídia mal elaborados podem desmotivar ou mesmo desorientar o usuário.

Recentes pesquisas têm demonstrado que a utilização de materiais multimídia pode contribuir efetivamente para o aprendizado na área da saúde (Ferreira, 2005; Alencar, 2008; Spinardi, 2009). O número das pesquisas descrevendo a elaboração de material multimídia referindo-se especificamente à fissura labiopalatina, e posterior avaliação no entanto, ainda é reduzido (Ferreira, 2005), ou seja, os materiais utilizados não têm sido tomados, eles mesmos, como objetos de pesquisa, diminuindo a possibilidade de identificar sua efetividade no alcance dos objetivos. Mais limitado ainda é o número de pesquisas envolvendo material multimídia desenvolvido para orientação de

pais e cuidadores. A maioria dos estudos encontrados reporta-se à material desenvolvido para utilização com alunos de graduação ou profissionais (Ferreira, 2005, Alencar, 2008, Spinardi, 2009). Em 2009 o HRAC produziu um material voltado para pais e cuidadores, intitulado “Fissuras Labiopalatinas: os primeiros cuidados”, (Universidade de São Paulo, 2009), no entanto, a utilização do mesmo até o presente momento, não foi alvo de pesquisa científica. Material multimídia sobre a velofaringe e o papel da palatoplastia em bebês com fissura labiopalatina, em particular, não foram encontrados.

O crescente movimento da telemedicina (a qual envolve o uso da tecnologia para possibilitar cuidados à saúde nas situações em que a distância é um fator crítico) vem evidenciando a necessidade de ampliação de estudos e pesquisas nesta área, gerando o desenvolvimento de novos conceitos e suas aplicações (Wen, 2008). Um dos conceitos utilizados em telemedicina é o de teleducação interativa, pela qual se entende o uso de tecnologias interativas para ampliar a possibilidade de aquisição de conhecimento, podendo ser replicáveis mesmo em situações em que a distância é um fator complicador. A teleducação interativa pode utilizar-se de recursos didáticos, dentre os quais os chamados objetos de aprendizagem e as unidades de conhecimento.

Objetos de aprendizagem (OA) são “quaisquer entidades, digital ou não digital, que podem ser usados, reusados ou referenciados durante o suporte tecnológico para aprendizagem” (Wiley, 2000). Segundo Wen (2008), agregar recursos como roteirização de assuntos com inclusão de mensagens significativas, sonoplastia e narração para reforçar a transmissão de conhecimentos altera os objetos de aprendizagem, que se tornam unidades de conhecimento (UC). O presente estudo envolveu o desenvolvimento de material multimídia, que tem a função de uma unidade de conhecimento onde, além das imagens, a narração também foi utilizada como recurso auxiliar. No material referido, o texto narrado expõe o conteúdo abordado e é um dos pilares da informação. Uma

unidade de conhecimento, portanto, possui recursos e mensagens destinadas a um público específico e podem ser usadas como recurso complementar no processo de Educação em Saúde.

Considerando que tanto o planejamento quanto o resultado das intervenções cirúrgicas para a correção da fissura, assim como a implementação de ações visando prevenção de alterações de alimentação, fala, audição e linguagem, requerem o envolvimento e a participação efetiva dos pais e cuidadores, a elaboração deste material foi proposta como uma estratégia de Educação em Saúde na FLP. Esta iniciativa, portanto, visa preencher em parte uma lacuna existente quanto à orientação de cuidadores sobre a velofaringe, o papel da velofaringe na produção da fala e o papel da palatoplastia primária nos bebês com FLP. Por um lado, enfoca a produção de material multimídia específico para este público; por outro lado, enfoca a avaliação deste material enquanto recurso de Educação em Saúde.

A definição do público-alvo no momento de elaboração do material, por sua vez, determina qual será a abordagem pedagógica necessária para que o material atinja seu objetivo. Ou seja, a abordagem voltada para um público com conhecimento na área, como profissionais em saúde na perspectiva de Educação Permanente em Saúde pressupõe, por parte do público, algum nível de conhecimento técnico na área do assunto a ser abordado, permitindo que sejam utilizadas expressões técnicas e acadêmicas, assim como imagens com informações condizentes também com o conhecimento prévio. Já para Educação em Saúde, voltada para usuários, como pais e cuidadores, onde o nível de formação é variável e comumente não envolve conhecimento prévio sobre a área (ou seja, público leigo em aspectos específicos do assunto), o entendimento de vocabulário técnico é restrito, assim como o hábito da interpretação de imagens do meio acadêmico, exigindo adaptações para que a informação seja efetivamente transformada em conhecimento. Este

cuidado na definição do público é fundamental para a proposta de Educação em Saúde, e tem como principais objetivos garantir o acesso à informação e produzir adesão consciente e colaborativa ao tratamento, como colocado anteriormente.

1.5) Abordagem Pedagógica

Ao ser considerada a educação do paciente como fator significativo para melhor comunicação e consequente maior adesão às etapas do tratamento e processo de reabilitação em fissura labiopalatina, é importante que seja feita uma breve exposição e reflexão sobre a abordagem pedagógica selecionada para desenvolvimento de um material. O Caderno de Educação Popular e Saúde (Brasil, 2007a) cita como referência pedagógica o autor e educador Paulo Freire que concebeu o conceito de Pedagogia da Autonomia (Freire, 2002). Um dos princípios desta abordagem pedagógica é a busca de uma relação de igualdade entre educador e educando, sendo aquele apenas um facilitador para que o educando utilize recursos próprios na construção de seu conhecimento. Para tanto, Freire baseia-se em uma relação dialógica como uma alternativa para a prática comum na educação que o autor chama de educação “bancária” (Freire, 1994). Na educação “bancária” os alunos são considerados vazios e o conteúdo é ali depositado, reiterando a posição de passividade por parte dos educandos e a posição de detentores do conhecimento por parte dos educadores. Na prática, em uma relação dialógica (oposta ao conceito de educação bancária) o indivíduo torna-se mais autônomo na construção de seu conhecimento, observador e, portanto, com maior habilidade para agir de forma crítica no mundo.

Paulo Freire teve como uma de suas alunas a arte-educadora Ana Mae Barbosa, que concebeu e introduziu no Brasil a Abordagem Triangular de Ensino da Arte (Barbosa, 1991). A Abordagem Triangular, conforme proposta pela autora, se apoia em três

aspectos principais da relação do indivíduo com a arte visual: a apreciação, a contextualização e a prática artística. *Apreciação* envolve a leitura de imagem, o ato de olhar, identificar, interpretar, decodificar, comparar, sensibilizar-se, e de estabelecer relações com o repertório individual de imagens e sensações. Por *Contextualização* entende-se o acesso às informações teóricas que contribuem para a compreensão da imagem em questão, envolvendo aspectos históricos, geográficos, biográficos, situacionais, e técnicos, favorecendo a interpretação da imagem e ampliando a percepção da relação entre causa e efeito. Além da leitura de imagem e contextualização, o indivíduo também é conduzido à prática artística, ou ao chamado *Fazer Arte*. Barbosa (2002) indica que a construção do conhecimento em arte se dá na intersecção da decodificação, informação e experimentação. Ainda nesta abordagem, considera-se que a leitura de imagem deve ser provocada pedagogicamente com perguntas problematizadoras que estimulam o olhar. O diálogo estabelecido entre um indivíduo e uma imagem, (intermediado por arte-educador), acentua o processo de reflexão, potencializando a construção do conhecimento, enquanto contribui para o fortalecimento da autonomia do indivíduo, leitor de obra de arte visual. Este leitor, à medida que decodifica e interpreta as imagens segundo seu próprio olhar, e segundo suas próprias percepções e referenciais, apenas auxiliado pela mediação de um educador e pela oferta de informações complementares, desenvolve uma autonomia crítica, ampliando sua capacidade de produzir e ler imagens artísticas, e preparando o seu entendimento de outras imagens (Barbosa, 1998).

Considerando que os princípios propostos por Freire (2002) tem sido utilizados em práticas de saúde (Brasil, 2007a), a autora do presente trabalho observou alguns pontos de intersecção entre a Pedagogia da Autonomia (Freire, 2002) e a Abordagem Triangular (Barbosa, 1991) para ampliar as possibilidades do trabalho de elaboração e

confeção do material multimídia proposto. Ainda que este estudo não tenha a pretensão de se dizer integralmente embasado pela Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire ou pela Abordagem Triangular de Ana Mae Barbosa, se faz aqui pertinente citar ambas as abordagens pedagógicas já que as mesmas nortearam o desenvolvimento do material confeccionado neste trabalho. Enquanto o raciocínio inicial para o material multimídia partiu de ações em arte educação que resultaram na criação das imagens desenvolvidas pela autora, o material em si mesmo foi produto da integração entre: conhecimentos em saúde (adquiridos durante o programa de mestrado); a experiência envolvendo ensino/aprendizagem de pais e cuidadores (vivenciadas no Programa de Fonoterapia Intensiva do Serviço de Prótese de Palato do HRAC); conhecimentos técnicos em produção de ilustrações didáticas (construídos ao longo da graduação e da experiência profissional como arte educadora); e referenciais teórico-práticos da visão dialógica proposta por Freire e Barbosa.

Avaliar a contribuição do material para a construção de conhecimentos no público alvo, por sua vez, envolveu a construção de um instrumento com potencial de mensurar mudanças pontuais e imediatas nas habilidades abordadas no material. Assim, além da construção do material multimídia, este trabalho envolveu também o desenvolvimento e a aplicação de um instrumento de avaliação do aumento no número de respostas válidas, relacionadas às referidas habilidades.

Ary Condota

Objetivos

OBJETIVOS

A presente pesquisa teve como objetivos:

1. Elaborar um material multimídia com informações quanto à velofaringe e palatoplastia primária em bebês com fissura labiopalatina;
2. Avaliar o impacto do uso do material no conhecimento de pais de bebês em tratamento no HRAC/USP.

Ary Condota

Material e Método

MATERIAL E MÉTODO

Este projeto foi dividido em 2 fases: a Fase I envolveu a elaboração do material multimídia e a Fase II envolveu a comparação dos conhecimentos dos pais e cuidadores quanto ao conteúdo abordado no material antes e depois da apresentação do mesmo.

3.1) Fase I

A Fase I deste projeto envolveu a elaboração de um material multimídia com conteúdo para orientar pais sobre a velofaringe e a palatoplastia primária nos bebês com fissura labiopalatina. As etapas seguidas para o desenvolvimento do material foram adaptadas das propostas por Alencar (2008) envolvendo definição e execução dos seguintes aspectos: a) público alvo; b) conteúdo c) ilustrações didáticas; d) roteiro educacional, e) texto e narração; f) sequência audiovisual, e g) conversão em vídeo. Sendo a elaboração do material um dos objetivos deste trabalho a descrição de cada etapa será apresentada detalhadamente no capítulo Resultados.

Como a revisão de literatura revelou inexistência de um material específico para orientação de pais quanto ao papel da palatoplastia primária para correção da fissura e consequente otimização da aquisição da fala, o público alvo selecionado foram pais e cuidadores de bebês com FLP. O conteúdo foi definido junto à orientadora, fonoaudióloga com vasta experiência no gerenciamento da fissura labiopalatina. Como problemática foi selecionada a necessidade de reduzir-se em longo prazo, o número de cancelamentos (adiamentos) de palatoplastias devido à vinda de bebês sem condição clínica para realização do procedimento.

De acordo com dados relatório¹.da Divisão De Atividade Técnico Auxiliares do HRAC, do ano de 2011, um total de 7112 pacientes vieram ao hospital para procedimentos cirúrgicos no referido ano. Destes pacientes, apenas 80% se encontrava em condições clínicas para realizar cirurgia (N=5670). Ou seja, não houve adesão ao tratamento proposto, por 20% dos pacientes agendados para cirurgias, sendo esta um situação que merece atenção especial já que implica em mudanças no curso do tratamento e custos para o estado e o paciente.

No caso específico da palatoplastia, o adiamento do procedimento pode ter um impacto negativo na aquisição da fala, resultando num aumento do risco para o distúrbio da comunicação (Bzoch, 2004; Kummer, 2008; Williams et al., 2011). Neste estudo a realização da palatoplastia primária dentro do prazo proposto pela equipe reabilitadora foi considerada um importante aspecto para a prevenção de alterações de fala relacionadas à FLP. Aumento da adesão ao tratamento proposto pela equipe, portanto, inclui o preparo do bebê para que este possa chegar ao hospital em condições clínicas para realizar os procedimentos na idade adequada. Assim, buscou-se abordar o conteúdo de forma que os cuidadores pudessem entender melhor a importância da palatoplastia tornando-os cientes de seu papel para que o procedimento possa ser realizado no tempo previsto. O conteúdo do material, portanto, foi selecionado com o objetivo de favorecer o desenvolvimento de habilidades facilitadoras de mudança de comportamento no público alvo. Segundo Wood Jr e Filho (1999), uma habilidade é a capacidade de realizar uma tarefa ou de responder a um problema de acordo com padrões exigidos. O acúmulo de habilidades pode levar à mudanças de comportamento, pelo desenvolvimento de competências. Segundo Wood Jr e Filho (1999), competência pode ser definida como um agrupamento de conhecimentos, habilidades e atitudes correlacionadas, que afeta parte considerável do comportamento de

¹ Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Estatístico Mensal De Produção , Bauru, 2011

alguém ou de um grupo específico de pessoas. Neste estudo pressupôs-se que a aquisição de conhecimentos sobre a velofaringe e a palatoplastia seria possível utilizando um vídeo instrucional que cuidadores possam assistir sozinhos, sem necessidade de interação com profissionais da saúde.

No HRAC a cirurgia é suspensa sempre que o bebê chega ao hospital com febre; anemia; piolho; sarna; coceira ou micose; vermes; feridas na pele ou machucado com pus; bronquite; asma; peito chiando; tosse; gripe ou catarro; garganta ou ouvido infeccionado; cárie dentária; vômito ou diarreia; doenças infecciosas (sarampo, caxumba, etc.); ou ainda baixo peso. Pressupôs-se, portanto, que o adiamento de cirurgias pode ser minimizado com medidas de atenção básica à saúde, conforme abordado em programas nacionais como Saúde da Família² e Telessaúde-Brasil³, por exemplo. A ida frequente ao posto de saúde local, neste caso, é uma medida importante para prevenção e tratamento de muitas condições clínicas que podem ocasionar o adiamento da cirurgia.

Informar ao cuidador sobre a importância do acompanhamento clínico dos bebês no primeiro ano de vida, por um lado, é prática de rotina na área da saúde. Motivar o cuidador a manter os atendimentos e a agir de forma a promover a saúde e não apenas tratar a doença, por outro lado, é tarefa complexa a qual requer medidas de Educação em Saúde. A seleção do conteúdo deste material, portanto, visou promover um melhor entendimento sobre a importância da realização da palatoplastia na época adequada. Para tal considerou-se que a aquisição de conhecimentos sobre a velofaringe, o papel da velofaringe na produção da fala e o papel da palatoplastia primária na reconstrução da velofaringe e na prevenção dos distúrbios de fala, pode favorecer uma mudança de comportamento nos cuidadores que, indiretamente e em longo prazo, também pode

² http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

³ <http://www.telessaudebrasil.org.br>

resultar em uma redução no número de adiamentos dos procedimentos cirúrgicos primários.

Os conteúdos selecionados para o material, portanto, visaram o desenvolvimento das seguintes habilidades: 1) habilidade de reconhecer termos clínicos; 2) habilidade de identificar boca (cavidade oral), nariz (cavidade nasal), garganta (faringe) e velofaringe em imagens; 3) habilidade de reconhecer as partes e o funcionamento do palato; 4) habilidade de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais; 5) habilidade de identificar o papel e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe; e 6) habilidade de identificar ações que o cuidador pode exercer para favorecer a realização da palatoplastia no tempo previsto pela equipe de reabilitação.

3.2) Fase II

Durante a Fase II foi abordado o objetivo de avaliar o impacto do material multimídia no conhecimento de pais e cuidadores de bebês com fissura labiopalatina. Esta avaliação foi realizada por meio de uma comparação dos conhecimentos antes e depois do acesso ao material.

3.2.1) Participantes

A população de interesse neste estudo foram pais ou cuidadores alfabetizados que estavam presentes no Setor de Recreação e Terapia Ocupacional do HRAC nos dias selecionados para coleta dos dados. No HRAC pais e pacientes que aguardam a realização das cirurgias de seus filhos são encaminhados para o Setor de Recreação e Terapia Ocupacional onde podem conversar com a equipe de apoio ou realizar algumas tarefas (como artesanato, por exemplo) durante o tempo do procedimento cirúrgico.

A população de interesse para este estudo envolveu pais e cuidadores que aguardavam a realização das seguintes cirurgias primárias para correção da fissura de seus bebês: a queiloplastia primária (procedimento para correção do lábio) ou a palatoplastia primária (procedimento para correção do palato). Pais ou cuidadores com deficiência auditiva e/ou não alfabetizados não foram convidados a participar deste estudo, considerando que o material desenvolvido não foi, por enquanto, adaptado para este público.

Ainda que o momento de aguardar o término da cirurgia seja de tensão para os pais, este horário costuma ser usado para atividades desenvolvidas no Setor de Educação e Terapia Ocupacional do HRAC/USP. O setor foi consultado e concordou com a realização da pesquisa desde que a mesma fosse devidamente aprovada pelo comitê de ética do HRAC-USP (Anexo 1). Assim sendo, os pais ou cuidadores que foram encaminhados para o Setor de Recreação e Terapia Ocupacional do HRAC para aguardar o término da queiloplastia ou palatoplastia primárias, durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar do estudo. A meta estabelecida foi interromper a coleta após inclusão de pelo menos 40 participantes. Um total de 41 pais e cuidadores aceitaram participar deste estudo.

3.2.2) Procedimentos

O impacto do material multimídia no conhecimento sobre a velofaringe e a palatoplastia em bebês com fissura labiopalatina foi avaliado por meio da aplicação de um roteiro avaliativo antes e depois dos participantes assistirem ao material multimídia (Anexo 2). O acesso ao material multimídia e a aplicação do roteiro avaliativo foram realizados em uma sala reservada no Setor de Recreação e Terapia Ocupacional do HRAC, onde cada participante realizou as atividades propostas sem interrupções. Os pais

e cuidadores foram orientados sobre o objetivo e procedimentos da pesquisa e informados que a participação no estudo teria uma duração estimada de 30 minutos, sendo 10 minutos para a primeira aplicação do roteiro avaliativo, 10 minutos para apresentação do material e 10 minutos para a segunda aplicação. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) e o preenchimento das informações iniciais, um roteiro avaliativo em formato impresso (Anexo 2) foi entregue a cada participante para que respondesse as questões antes de assistirem ao material. Ao terminarem o preenchimento do roteiro, a investigadora apresentou o material (Anexo 4)usando um notebook (tela de 14 polegadas) com caixas de som e indicando que cada participante poderia ajustar o volume e assistir ao material quantas vezes quisesse. Ao terminar de assistir o material cada participante respondeu mais uma vez ao roteiro avaliativo.

3.2.3) Roteiro Avaliativo

O roteiro avaliativo foi criado com questões relacionando termos e imagens sobre a velofaringe e a palatoplastia (Anexo 2). A elaboração do roteiro avaliativo observou as habilidades definidas como objetivos a serem alcançados com o material multimídia, conforme descrito anteriormente, e para tal incorporou as imagens e o vocabulário coloquial usado no material. Enfatizou-se com os participantes que o objeto de estudo da pesquisa não foi a capacidade de aprendizagem nem os conhecimentos prévios dos pais ou cuidadores sobre o assunto abordado, e sim o impacto do material multimídia no conhecimento dos mesmos sobre a velofaringe e a palatoplastia.

O roteiro avaliativo foi apresentado em formato impresso incluindo um formulário para respostas individuais o qual era acompanhado por uma cópia plastificada contendo as questões abordadas no roteiro com as letras e figuras em tamanho aumentado para

melhor visualização. O roteiro foi composto por um cabeçalho para coleta de dados referentes às características individuais dos participantes incluindo os seguintes itens:

- a) número de identificação do participante na pesquisa (não foram coletados nomes de pais e cuidadores ou de pacientes);
- b) momento (Antes ou Depois de assistir ao material) e data da aplicação do roteiro;
- c) gênero, idade, e relação com o paciente;
- d) se possui aparelho de DVD em casa;
- e) se tem acesso à internet; e
- f) se quis assistir ao material mais de uma vez antes de responder ao roteiro avaliativo na segunda aplicação do mesmo.

O roteiro avaliativo foi composto por vinte itens distribuídos em nove questões, que acompanharam a progressão do conteúdo do material multimídia. As questões foram numeradas de forma sequencial crescente, sendo precedidas da letra “Q” com subitens também numerados de forma sequencial.

A questão Q1 consistiu dos itens de 1 a 4, os quais foram elaborados com objetivo de averiguar a habilidade de correspondência conceitual e compatibilização entre expressões leigas e expressões técnicas, sem o apoio referencial de imagens:

Q1 - Relacione os nomes entre as duas colunas conforme o exemplo:

1 Boca	(X) Úvula (exemplo)
2 Nariz	() Faringe
3 Garganta	() Cavidade Oral
4 Céu da boca	() Palato
X Campainha	() Cavidade Nasal

A questão Q2 comportou os itens de 5 a 7, os quais foram elaborados com o objetivo de averiguar a habilidade de correspondência conceitual ou compatibilização entre expressões técnicas e a visualização das partes. Esta questão envolve uso de

imagens e pressupõe a compatibilização entre as expressões técnicas utilizadas e expressões leigas da Q1:

Q2 - Relacione o nome das regiões indicadas com a numeração na imagem ao lado:

5-Velofaringe

6-Cavidade Oral

7-Cavidade Nasal

A questão Q3, incluindo os itens 8 e 9, foi elaborada com objetivo de averiguar a habilidade de reconhecer o funcionamento da velofaringe e pressupõe o conhecimento e a identificação da velofaringe conforme abordado na Q2:

Q3 – Observando as imagens abaixo, indique se a velofaringe está aberta ou fechada:

(8)

- ☐ Aberta
- ☐ Fechada
- ☐ Não sei

(9)

- ☐ Aberta
- ☐ Fechada
- ☐ Não sei

A questão Q4 contém os itens de 10 a 14 onde o participante deve indicar se a afirmativa feita é falsa ou verdadeira. O item 10 foi elaborado com objetivo de averiguar a habilidade de compreensão da diferença anatômica entre o palato duro e o mole. O item 11 tem o objetivo de averiguar a habilidade de distinção conceitual entre a velofaringe e cavidade nasal, sem o apoio da referência visual, e pressupõe resultado próximo ao das questões 5 e 7. O item 12 foi elaborado com o objetivo de averiguar a habilidade de

compreensão do movimento do palato mole e a aplicabilidade da analogia com um porta do tipo alçapão. Já o item 13 foi elaborado com o objetivo de averiguar a familiarização com a expressão técnica e a compreensão do papel da palatoplastia primária, enquanto o item 14 abordou a percepção dos pais quanto à condição clínica necessária para realização da palatoplastia primária no tempo adequado.

Q4 - Indique se as afirmativas abaixo são FALSAS ou VERDADEIRAS:

10) O palato duro tem osso dentro.

() Falso () Verdadeiro () Não sei

11) Cavidade nasal é outro nome que damos para velofaringe.

() Falso () Verdadeiro () Não sei

12) O palato mole se movimenta como uma porta do tipo alçapão.

() Falso () Verdadeiro () Não sei

13) A palatoplastia primária é uma cirurgia realizada para reconstruir o palato velofaringe nos casos de fissura palatina.

() Falso () Verdadeiro () Não sei

14) A palatoplastia pode ser realizada mesmo quando o bebê está doente ou com anemia.

() Falso () Verdadeiro () Não sei

A questão Q5 é constituída pelos itens 15 e 16 os quais foram elaborados com o objetivo de averiguar a habilidade de compreensão conceitual do funcionamento da velofaringe durante produção dos sons orais e nasais:

Q5 – Assinale a alternativa que melhor completa a frase:

15) Sons orais são aqueles que precisam da velofaringe_____

() Fechada () Aberta () Não sei

16) Sons nasais são aqueles que precisam da velofaringe_____

() Fechada () Aberta () Não sei

A questão Q6 incluiu um único item (17) e foi elaborada com objetivo de averiguar a habilidade de compreensão da analogia a qual compara as cavidades, oral,

nasal e velofaríngea, com uma casa de dois andares onde a velofaringe é relacionada a uma porta que permite a comunicação do primeiro com o segundo andar em uma casa de dois pisos. A questão verifica se os pais compreendem que no bebê antes da palatoplastia primária a separação entre os dois andares não existe:

Q6: 17) Assinale a imagem que representa a boca e o nariz do bebê com fissura labiopalatina antes da palatoplastia primária:

A

B

C

() Imagem A

() Imagem B

() Imagem C

() Não sei

A questão Q7, item 18, introduz como tema o papel da cirurgia e foi elaborada com objetivo de averiguar a habilidade dos participantes compreenderem o papel da palatoplastia e a distinção entre cavidades oral e nasal. As afirmativas pressupõem que do ponto de vista leigo a fissura é uma “*abertura na boca*” e, portanto, antecipa que após aprenderem sobre o papel da palatoplastia primária um maior número de participantes escolheria a resposta correta que aborda tanto a reconstrução do palato duro quanto da velofaringe (alternativa c):

Q7: 18) Por meio de cirurgias, o cirurgião plástico:

- a) Fecha a cavidade oral
- b) Abre a cavidade nasal
- c) Reconstrói o palato duro e o mole criando a velofaringe
- d) Não sei

A questão Q8, item 19, foi elaborada com o objetivo de averiguar a familiaridade com o uso da expressão palatoplastia primária:

Q8: 19) O nome dado à primeira cirurgia no céu da boca é:

- a) Palatoplastia Primária
- b) Queiloplastia
- c) Fissura-cirurgia
- d) Não sei

A última questão, Q9, trata do papel ativo do cuidador no processo de tratamento do bebê e foi elaborada com objetivo de averiguar a habilidade de compreensão quanto a condição clínica necessária para realização da cirurgia:

Q9: 20) Quando o bebê fica doente próximo à data da cirurgia para correção da fissura, os pais e cuidadores devem

- a) Levar o bebê para o hospital para fazer a cirurgia mesmo estando doente , pois isso não interfere no resultado
- b) Levar o bebê para fazer uma consulta no mesmo hospital onde será feita a cirurgia
- c) Levar o bebê ao posto de saúde mais próximo de sua casa, na sua cidade de origem
- d) Não sei

3.2.4) Análise dos Dados

A avaliação do impacto do material multimídia nos conhecimentos dos pais foi realizada comparando-se a porcentagem de respostas corretas ANTES com as porcentagens de respostas corretas DEPOIS de os pais assistirem ao material multimídia. A hipótese neste estudo é que o material multimídia teria um impacto positivo no conhecimento dos pais e, portanto, a porcentagem de respostas corretas após os pais assistirem ao material seria significativamente maior do que antes.

Os dados obtidos foram apresentados por meio de análise descritiva com uso de porcentagens descritas em tabelas. O teste estatístico Qui-Quadrado foi usado para testar a hipótese formulada para cada questão estudada.

Ary Condota

Resultados

4. RESULTADOS

4.1) Fase I

Durante a Fase I deste projeto realizou-se a elaboração do material multimídia com o objetivo de orientar pais sobre a velofaringe e a palatoplastia primária em bebês com fissura labiopalatina. O material elaborado se enquadra nos moldes de uma Unidade de Conhecimento e foi aqui nomeada *De Olho Na Fala* (Anexo 4). O material tem duração de dez minutos, apresentado em sequencia de slides (produzida no programa de apresentação de slides *Power Point*), convertida para um vídeo autodemonstrativo, contando com narração e efeitos de animação. O roteiro de ações para confecção de material multimídia em telessaúde utilizado por Alencar (2008) foi adaptado para organização das etapas necessárias para o desenvolvimento do material e a descrição dos resultados de cada etapa observada durante a Fase I segue abaixo.

4.1.1) Público Alvo

Definiu-se como público alvo para este material os pais e cuidadores de bebês com fissura labiopalatina nos diversos níveis culturais e socioeconômicos conforme atendidos no HRAC/USP. Uma vez identificado o público alvo, o enfoque do trabalho foi direcionado para a definição do conteúdo a ser abordado. Importante lembrar que a abordagem pedagógica usada quando um material é destinado para um público com conhecimento específico na área deve ser diferente da abordagem pedagógica usada quando o material tem o objetivo de informar e orientar pais e cuidadores comumente leigos em aspectos específicos do assunto abordado.

4.1.2. Conteúdo

Segundo DiNinno et al (2006) são muitos os aspectos relacionados à alimentação e comunicação os quais o fonoaudiólogo deveria abordar durante a orientação de pais e cuidadores. Considerando-se, no entanto, a importância de evitar que uma unidade de conhecimento torne-se longa e cansativa, decidiu-se que o tempo de apresentação do material seria mantido próximo a dez minutos. Para tal foi necessário determinar um conteúdo específico para este material, fugindo à tendência de preparar uma apresentação sobre todos os aspectos importantes para orientação de pais, o que certamente extrapolaria a capacidade de retenção de informação dos mesmos.

O conteúdo foi definido tendo-se em mente o tratamento cirúrgico primário da fissura labiopalatina com a expectativa de que o material promova uma maior atenção dos pais quanto aos cuidados de atenção básica a saúde do bebê antes dos procedimentos primários, buscando-se reduzir (em longo prazo) o número de cirurgias canceladas devido às condições que podem ser minimizadas, como anemias por exemplo. Neste sentido, o impacto esperado é a mudança de atitude em relação à palatoplastia primária, aumentando a adesão ao tratamento por meio de um maior entendimento quanto ao papel deste procedimento em restabelecer a estrutura anatômica necessária para um adequado desenvolvimento da fala. Desta forma, o *De Olho Na Fala* foi elaborado como uma unidade de conhecimento que pode ser usada em iniciativas de Educação em Saúde com enfoque na prevenção de distúrbios da fala relacionados à FLP e DVF.

Definir claramente o que se pretende comunicar com um material é uma estratégia importante para que os objetivos possam ser atingidos (Ferreira, 2005). Para tal o conteúdo de interesse foi detalhado de acordo com as habilidades que se desejava que viessem a ser desenvolvidas ou ampliadas pelo público alvo:

1. Habilidade de reconhecimento e identificação dos termos clínicos cavidade oral, cavidade nasal, faringe, palato, palatoplastia e velofaringe;
2. Habilidade de identificar boca (cavidade oral), nariz (cavidade nasal), garganta (faringe) e velofaringe em imagem;
3. Habilidade de reconhecer as partes e o funcionamento do palato;
4. Habilidade de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais;
5. Habilidade de identificar o papel e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe; e
6. Habilidade de identificar ações que o cuidador pode exercer para favorecer a realização da palatoplastia no tempo previsto pela equipe de reabilitação.

Para apresentar os conceitos necessários para o desenvolvimento das habilidades pretendidas considerou-se o uso de ilustrações didáticas que pudessem otimizar o processo de aprendizagem.

4.1.3) Ilustrações Didáticas

Tendo como base a normativa do Ministério da Saúde que preconiza que a informação dada ao paciente seja apresentada de forma clara, simples e compreensiva (Brasil, 1993), e acreditando que o uso de imagens é uma importante contribuição para o entendimento de conceitos abstratos e complexos como os de interesse neste estudo, a elaboração do material multimídia envolveu um extenso processo de definição da linguagem visual que seria utilizada com o objetivo de informar conceitos muito específicos. Neste processo buscou-se analisar, selecionar e também produzir ilustrações didáticas, conforme descrito a seguir.

Como a primeira proposta do material multimídia visava produzir uma sensação de movimento a partir de uma sequência de fotos representando a velofaringe, experimentou-se inicialmente a produção de imagens utilizando-se diferentes recursos e materiais para caracterização do trato vocal. Estas representações foram fotografadas em diversas posições e posteriormente editadas no programa *Movie Maker*® de edição de vídeo, buscando o efeito de movimentação da velofaringe. Após estas experimentações iniciais, foi concluído que o investimento de tempo na confecção e edição das imagens inviabilizaria o projeto.

Optou-se, a seguir, pelo uso de uma coletânea de imagens criadas previamente pela autora desta pesquisa num projeto realizado com o propósito de ilustrar manuais para orientação de pais de crianças com FLP (Dutka, 2006-2008). As ilustrações no referido projeto foram desenvolvidas em um processo interdisciplinar com interação constante entre as áreas da arte educação, odontologia e fonoaudiologia, sempre buscando simular a movimentação da velofaringe e demais articuladores durante a produção de diferentes sons (Anexo 5). Para produção destas imagens a arte educadora acompanhou o trabalho de dentistas e fonoaudiólogos durante o processo de orientação de pais, pacientes e cuidadores no Serviço de Prótese de Palato do HRAC. Conforme previsto no projeto (Dutka 2006-2008), além de conversar com os profissionais sobre as informações que consideravam necessárias, a investigadora acompanhou orientação de pais e pacientes observando as imagens usadas pelos profissionais do serviço. Neste processo foi observado que as imagens usadas (Figuras 1 e 2) eram apropriadas para pesquisadores, docentes, estudantes e profissionais de saúde com conhecimentos técnicos prévios sobre o assunto de interesse, porém eram “*ilegíveis*” para a produção de conhecimento em pais e cuidadores devido ao seu conteúdo abstrato e excesso de detalhes que não faziam sentido para o público leigo nos aspectos específicos do assunto.

Figura 1:Imagens usadas pela equipe do Serviço de Prótese de Palato do HRAC para ilustrar o trato vocal durante orientação de pais, pacientes e cuidadores⁴

Para o profissional da saúde as imagens ilustradas nas Figuras 1 e 2 podem ser facilmente decodificadas, considerando-se a familiaridade do profissional com o assunto e com a representação bidimensional de estruturas anatômicas. Porém, para o indivíduo que não está habituado a pensar em estruturas anatômicas ou que se depara com a simplificação de uma estrutura tridimensional (como a cabeça) em um esquema ou ilustração bidimensional, foi considerada a possibilidade de dificuldade para interpretação das imagens abstratas e muito complexas. A este respeito, Barbosa (1998) e Joly (2000) destacam que a interpretação de imagens é um processo cultural no qual o ser humano produz e decodifica a imagem que reconhece ou para a qual foi instrumentalizado para decodificar. Pillar (2002) reitera essa afirmação e lembra que, sendo nossa visão limitada, olhamos o mundo, mas vemos apenas o que compreendemos, ou aquilo a que podemos atribuir significado. Somente após passar por uma etapa inicial de decodificação é que o leitor pode deduzir as interpretações e assimilar as informações representadas na imagem em questão.

⁴ Disponível em: <http://www.redeprofis.com.br/conteudo.php?conteudo=49>

Figura 2: Imagens usadas pela equipe do Serviço de Prótese de Palato do HRAC para ilustrar a velofaringe e demais estruturas durante orientação de pais, pacientes e cuidadores.⁵

A partir do estudo das imagens que faziam parte do cotidiano da equipe do Serviço de Prótese de Palato do HRAC observou-se que a interpretação das mesmas exigia um alto nível de abstração e um conhecimento anatômico prévio. Em algumas imagens era usada sobreposição de linhas imaginárias que contornavam ou salientavam estruturas que originalmente são tridimensionais, podendo provocar a perda da referência necessária para a compreensão da representação bidimensional das cavidades que ficam dentro da cabeça. As imagens usadas, portanto, poderiam não ser devidamente decodificadas por pais e cuidadores, e consequentemente a constituição de ideias e conceitos pretendidos durante a orientação poderia ser comprometida. Relatos da equipe de dentistas e fonoaudiólogos observados pela investigadora sugeriam que as imagens alcançavam efeitos satisfatórios na abordagem com estudantes e profissionais da área, sendo utilizadas efetivamente como recurso da Educação Permanente em Saúde. O mesmo efeito, no entanto, não foi observado com pais e cuidadores durante iniciativas da equipe, voltadas para Educação em Saúde. Tais observações corroboram com os comentários de Martins, Gouvêa e Piccinini (2005) que sugerem que:

Imagens são importantes recursos para a comunicação de ideias científicas. No entanto, além da indiscutível importância como recursos para a visualização contribuindo para a inteligibilidade de diversos textos científicos, as imagens também desempenham um papel fundamental na constituição das ideias científicas e na sua conceitualização.

⁵ Disponível em: <http://www.redeprofis.com.br/conteudo.php?conteudo=49>

Neste processo considerou-se também o uso de imagens (originalmente dinâmicas) advindas do Projeto Homem Virtual⁶, (Figura 3). Novamente a complexidade dos detalhes anatômicos, abordando simultaneamente diversas áreas do trato vocal sem focar especificamente a área de interesse para este material, geraram questionamentos quanto à possibilidade de perda do foco do conteúdo de interesse, neste caso a velofaringe. Ficou claro que as imagens utilizadas pela equipe durante interações com pais e cuidadores deveriam ser otimizadas.

Figura 3: Imagens do trato vocal conforme ilustrado no Projeto Homem Virtual.⁷

Para a confecção do material multimídia do presente estudo, estavam disponível a coletânea de imagens, já citada anteriormente, confeccionadas pela própria autora para o projeto de desenvolvimento de manuais para pais (Dutka, 2006-2008). Neste projeto foram elaboradas as primeiras imagens propondo uma analogia de corte e visualização da parte interna da cabeça com uma fruta cortada ao meio como na Figura 4.

Figura 4: Ilustrações elaboradas para propor analogia entre a fruta cortada ao meio e a representação tridimensional das cavidades internas da cabeça

⁶ O Projeto Homem Virtual desenvolve imagens tridimensionais das estruturas do corpo humano utilizando recursos de computação gráfica e está vinculado à Disciplina de Telemedicina da USP

⁷ Disponível em: <http://www.projeto homem virtual.org.br/videos/default.aspx>

Estas imagens fizeram parte do processo de estudo e aprofundamento da pesquisadora, porém não foram utilizadas na comunicação com o público alvo. Outras possibilidades de imagens apresentando as estruturas internas da cabeça foram elaboradas utilizando desenho à mão livre de figuras humanas (Figura 5).

Figura 5: Imagens elaboradas para representar estruturas internas da cabeça

Ainda que as imagens na figura 5 também não tenham sido utilizadas no material, elas fizeram parte de um processo de compreensão e refinamento das ilustrações selecionadas. As imagens finais aprovadas para ilustrar os manuais para orientação de pais de crianças com FLP (Dutka, 2006-2008, Anexo 5) foram confeccionadas com giz pastel seco, lápis de cor e caneta preta, posteriormente replicadas e modificadas com recursos do programa de edição de imagem *Photoshop*®, buscando-se manter um tom neutro, sem realçar etnia, e evidenciando-se em cor de destaque as áreas de interesse (Figura 6).

Figura 6: Exemplo de imagens usadas para ilustrar a velofaringe durante respiração

Conforme previsto no projeto de Dutka (2006-2008) as imagens foram apresentadas em formato impresso para diversos pais e pacientes (Dutka, 2006, 2007, 2009), onde foram registradas sugestões e opiniões sobre as figuras durante entrevistas informais com os cuidadores. Desta forma, ao ser iniciada a confecção do *De Olho Na Fala* a aplicabilidade das figuras e das analogias selecionadas na coletânea já havia passado por uma aprovação informal e por modificações baseadas nos seguintes critérios estabelecidos ao longo de quatro anos de interação com usuários:

- Criar/selecionar imagens com caráter pedagógico e não anatômico;
- Reduzir os elementos gráficos, mantendo o foco nas estruturas utilizadas na produção da fala, particularmente a velofaringe, evitando a dispersão visual que poderia gerar dúvidas;
- Não usar excesso de linhas divisórias ou círculos salientando áreas anatômicas para evitar que leigos interpretem a sobreposição de linhas divisórias como partes anatômicas;
- Manter as estruturas de menor interesse em cor tom pastel único (verde) e usar cores diversas e mais salientes para preenchimento das estruturas de interesse buscando-se uma distinção visual (com enfoque nas estruturas de interesse);

- Usar analogias visuais para facilitar a compreensão de conceitos abstratos, como por exemplo, a casa com dois andares para ilustrar cavidade oral e nasal e a porta tipo alçapão para ilustrar a velofaringe;
- Manter o caráter artístico e até artesanal das imagens, usando aquarela, giz pastel, lápis de cor, e outros materiais artesanais, de forma que o interlocutor pudesse perceber, ainda que subliminarmente, a presença de um gesto humano e não o preenchimento automático pelo uso da tecnologia computacional, levando a uma aproximação entre público e a artista, produzida pela sensação de familiarização.

Um problema manifestado pela equipe durante o processo de elaborar imagens didáticas que abordassem fissura labiopalatina, foi a dificuldade dos pais em interpretar a visão interna da cabeça onde as cavidades tridimensionais eram ilustradas bidimensionalmente. Coube à arte-educadora, aqui pesquisadora, colocar-se em posição similar à dos pais e cuidadores (educandos), buscando selecionar e adaptar imagens que representassem as estruturas anatômicas que se encontram dentro da cabeça, e portanto, representam conceitos muito abstratos para um público leigo em aspectos mais específicos do assunto.

Este processo de aperfeiçoamento culminou na criação de um modelo tridimensional da cabeça, o qual foi fotografado e usado no material multimídia. O modelo tridimensional foi confeccionado a partir de processo de modelagem e escultura representando uma cabeça humana adulta em tamanho real, com corte longitudinal em plano sagital permitindo a visualização das estruturas internas das cavidades oral, nasal e faríngea (Figura 7). Foi elaborado por uma equipe composta pela autora deste trabalho, um dentista, um protético e duas fonoaudiólogas. Foram estrategicamente eliminadas as informações visuais de áreas não relacionadas à fala, mantendo o foco no trato vocal.

Após a elaboração interdisciplinar, a confecção seguiu as seguintes etapas (abaixo ilustradas): Moldagem do rosto de modelo; refinamento das estruturas por meio de escultura em cera; moldagem da estrutura de cera em resina e contenção da moldagem em gesso; confecção de prótese dentária e mecanismo velofaríngeo a serem encaixados no modelo tridimensional finalizado.

Figura 7: Confecção do modelo tridimensional da cabeça em corte longitudinal em plano sagital

Foi com base na experiência adquirida durante a análise das ilustrações usadas para orientação de pais no Serviço de Prótese de Palato, durante o desenvolvimento da coletânea de imagens usadas para ilustrar os manuais para orientação de pais de crianças com FLP (Dutka, 2008-2008, Anexo 5), e durante a experimentação com o desenvolvimento do modelo tridimensional da cabeça, que a investigadora selecionou e adaptou as ilustrações didáticas que foram usadas no material multimídia.

4.1.4) Roteiro Educacional

Finalmente, após a definição do conteúdo, da narrativa e das imagens, buscou-se uma abordagem pedagógica que favorecesse o desenvolvimento das habilidades propostas. Embora não se tenha desconsiderado o caráter subjetivo inerente à relação do ser humano com a Arte, no presente trabalho foi necessário focar na produção objetiva de interpretação, tomando a imagem como peça comunicativa clara.

Assim, ao refletir sobre a maneira pela qual o conteúdo seria abordado no material multimídia, optou-se por uma adequação da Abordagem Triangular (Barbosa 1991) para a Educação em Saúde. Buscou-se priorizar o uso da imagem como ponto de partida para o diálogo e a construção do processo de desenvolvimento de habilidades. Os três pilares sugeridos por Ana Mae Barbosa (1991) nortearam a definição do roteiro pedagógico deste trabalho conforme ilustrado na Tabela 1. Os conceitos de “Apreciação”, “Contextualização” e “Prática” (pilares) foram utilizados para organizar os conceitos de interesse no material *De Olho na Fala* (última coluna no quadro) aqui apresentados paralelamente ao uso desta mesma abordagem para o ensino da arte (abordagem triangular).

Tabela 1: Relação entre os pilares da Abordagem Triangular e sua utilização na elaboração do roteiro educacional do *De Olho na Fala*

PILARES	ABORDAGEM TRIANGULAR	DE OLHO NA FALA
Apreciação	Leitura subjetiva de obra de arte visual	Leitura objetiva de imagem de contexto da saúde
Contextualização	Informações advindas de fontes externas à imagem	Texto narrados e breves textos escritos
Prática	Fazer arte	Propostas de ação para promoção da saúde

Considerando os pilares norteadores da Abordagem Triangular proposto por Barbosa (1991), para o ensino de Arte, a APRECIACÃO é caracterizada pelos atos de olhar, observar, reparar, comparar, prestar atenção; a CONTEXTUALIZAÇÃO caracterizada pelos atos de informar, relacionar conteúdos, aprofundar conhecimento; e PRÁTICA, caracterizada pelo fazer. Tais pilares, em arte educação, são compreendidos como momentos interligados do processo de leitura, crítica e produção artística e ocorrem

de forma não linear, não havendo também valor hierárquico de importância, visto que os pilares têm como objetivo a permeabilidade e integração dos conhecimentos oriundos da vivência de cada um dos momentos propostos. Ou seja, fortalecendo o momento da apreciação de imagens, são fortalecidos de forma integrada, os outros dois pilares, e vice-versa.

Ao serem adaptados para a Educação em Saúde no material multimídia, considerou-se que originalmente o pilar APRECIÇÃO tem caráter subjetivo e decorre dos elementos que a imagem estática ou em movimento oferecem, subsidiando a contextualização. A CONTEXTUALIZAÇÃO é composta por informações advindas das fontes complementares, não visuais, neste caso a narrativa, sendo ela escrita ou verbalizada, a qual possibilita a identificação e a compreensão de processos, nomenclaturas, definições e conceitos. Num outro momento deste processo de triangulação está a PRÁTICA, que no caso deste material se caracterizou por propostas de ações conscientes e colaborativas na promoção da saúde, que se espera que os pais e cuidadores passem a ter após o acesso ao material.

A adaptação da Abordagem Triangular como estratégia para sequenciar o roteiro educacional deste material permitiu utilizar cada um dos pilares como recurso pedagógico e permitiu identificar a necessidade de elencar as habilidades em ordem crescente de complexidade, onde uma habilidade passou a ser pré-requisito para o desenvolvimento da habilidade seguinte. O desenvolvimento do conjunto de habilidades, por sua vez, foi estruturado com o objetivo mais amplo de otimizar o tempo, a relação e o diálogo entre os pais e profissionais de saúde em intervenções presenciais ou à distância. A sequência do roteiro educacional faz o caminho que leva o leigo do lugar em que se encontra, reconhecendo uma imagem familiar e termos coloquiais, ao lugar onde se espera que ele chegue, entendendo uma imagem abstrata, com informações do espaço

interno da cabeça e com termos clínicos. Como recursos pedagógicos foram utilizadas algumas estratégias complementares elencadas a seguir:

- Estabelecer a sensação de diálogo, pois, ainda que a resposta para a pergunta formulada ocorra apenas mentalmente (já que se trata de um material multimídia que não proporciona interação imediata), a mesma provoca reflexão sobre o questionamento proposto;
- Propor que o leitor busque na imagem a resposta para o que está sendo questionado, uma vez que ao buscar a resposta na imagem e encontrá-la, o leitor percebe que pode ser autor da construção de seu próprio conhecimento, proporcionando o fortalecimento da autonomia;
- Proporcionar pausa reflexiva, considerando-se que à medida que a apresentação do conteúdo avança, é importante que seja proporcionado um pequeno momento para reflexão e assimilação do que foi apresentado, e que apenas após a pausa novos conteúdos sejam apresentados;
- Introduzir novo assunto por meio de uma pergunta ou associação com um conceito conhecido (analogia), estabelecendo um questionamento e aguçando a curiosidade e o interesse em ouvir a resposta ou entender melhor o conteúdo que está sendo apresentado.

Depois de selecionadas as imagens e definida a abordagem pedagógica, foi então elaborada a sequência de slides que apresentaria o conteúdo, incluindo de forma intercalada, figuras, fotos, efeitos gráficos e de transição entre as telas, assim como o texto a ser utilizado durante a narração. Para a montagem da sequência de slides foi essencial que o foco principal do conteúdo e a forma de abordar o assunto estivessem bem definidos, para que o trabalho não fosse desviado de seu propósito.

A aproximação da linguagem do material multimídia ao cotidiano do público alvo no momento de elaboração do texto foi outra estratégia pedagógica. Para tanto foram utilizadas analogias e vocabulário coloquial, no início, e, paulatinamente foram introduzidos didaticamente os termos clínicos. Além disso, o material simula um suposto diálogo entre o narrador e o espectador, uma vez que a voz que narra conversa com o público é usada na 1ª pessoa do plural. Este recurso pedagógico tem a intenção de estabelecer um vínculo entre o narrador e o observador e ao mesmo tempo indicar que o interlocutor possui alguma autonomia na interpretação. O assunto é abordado sempre intercalando momentos de apreciação e contextualização, onde o interlocutor ora é conduzido à observação ou comparação de alguma imagem ou situação, ora recebe informações técnicas e teóricas para dar seguimento na construção de seu conhecimento.

Para condução da leitura de imagem são utilizadas expressões como: observe, repare ou expressões como “ao olharmos” ou “podemos identificar”, procurando impulsionar a construção do conhecimento pela interpretação do que a imagem oferece. Finalmente, para a condução da contextualização, são inseridos conceitos técnicos e estabelecidas comparações e relações anatômicas.

4.1.5) Texto e Narração

A elaboração do texto ocorreu de forma simultânea à definição das imagens (e efeitos gráficos específicos para cada quadro) e do roteiro educacional (abordagem adequada a cada situação apresentada na tela). Foi adaptada a planilha proposta por Wen (2010) para sincronização dos elementos gráficos (imagens) com o texto (narrativa) e as habilidades propostas, possibilitando a conferência da adequação entre os objetivos propostos e as estratégias utilizadas (Anexo 6). Foi mantido um vocabulário simplificado paralelamente à introdução de termos clínicos, sempre associados ao uso de imagens

significativas e analogias. Tal composição envolveu um olhar cuidadoso da investigadora, levando-se em consideração a diversidade das características socioeconômicas e culturais da população alvo. Foram também utilizadas mensagens textuais significativas inserindo-se frases curtas, de fácil interpretação e forte significado nos slides, o que segundo Ferreira (2005) pode contribuir para o aprendizado reforçando a compreensão do conteúdo.

A narração foi feita pela própria investigadora, usando tom de voz próximo ao tom de um diálogo, visando gerar uma sensação de proximidade e estabelecer uma relação de confiança e empatia, embasada na proposta de uma abordagem dialógica citada anteriormente segundo trabalhos de Paulo Freire (2002) e Ana Mae Barbosa (1991). A narração foi idealizada a partir do conceito de partitura vocal, advinda da experiência em arte-educação no campo das artes cênicas. Segundo Gayotto (2002), a partitura vocal é a somatória de anotações feitas durante ensaios teatrais, sobre o texto impresso e que indicam as intenções interpretativas que devem ocorrer na voz do ator, no momento de emitir a fala. É o mapeamento da ação vocal, onde, sobre as frases do texto, por meio de sinais, palavras sublinhadas, setas indicativas e outras marcas pessoais de opção do ator, são registradas as ênfases, intensidades e outros recursos de sonoridade que expressem a intenção da emissão da fala. Assim, a pesquisadora considerou a intenção geral da narração, quais sensações eram tidas como desejáveis de serem emitidas pela voz no referido contexto, e quais as intenções específicas de cada frase que acompanhava uma imagem ou uma animação, registrando graficamente sobre o texto a ser narrado conforme ilustra a Figura 8, e posteriormente efetuando a gravação. A gravação e edição do áudio foi realizada utilizando-se o programa *Sound Forge 8* e em seguida inserida quadro a quadro na montagem da sequência de slides já executada no programa *Power Point*.®

Figura 8: Exemplo de Partitura Vocal

<p>A parte que fica na <u>frente</u> é dura pois tem osso dentro e é chamada de <u>palato duro</u>.</p> <p><i>respiração</i></p>	<p>E a parte que fica <u>atrás</u>, <u>não tem osso</u> dentro mas tem <u>músculos</u>, portanto é mole e é chamada de <u>palato mole</u>.</p> <p><i>ênfase</i> <i>pausa</i></p>
--	--

A planilha anteriormente citada (Anexo 6) foi utilizada para conferência criteriosa de todo o processo, garantindo que os pilares da abordagem pedagógica e todas as habilidades fossem trabalhadas a partir da sequência progressiva do conteúdo proposto.

4.1.6) Sequência Audiovisual

Assistindo ao *De Olho Na Fala* é possível observar que o mesmo envolve a apresentação do conteúdo através de imagens estáticas e dinâmicas, acompanhadas de narração. A introdução do material é feita em dois slides, apresentados na Figura 9:

Figura 9: Slides de introdução do material multimídia.

As telas iniciais têm como objetivo conquistar o interlocutor e aumentar a probabilidade de que ele preste atenção aos próximos minutos de apresentação. A introdução do material consta de desenho artístico e fotografia, ambos acompanhados de narração que apresenta o objetivo do material e convida o público a pensar sobre o que

será apresentado. Na sequência, o indivíduo é levado a fazer uma comparação entre duas imagens e por meio da pergunta estratégica “o que observamos?” ao comparar a boca de uma criança com fissura com a uma boca sem fissura (Figura 10).

Figura 10: Slide e texto ilustrando a comparação entre boca com e sem fissura labiopalatina

<p><i>Agora compare com a imagem de uma criança com fissura. O que observamos?</i></p> <p><i>Que o céu da boca está aberto e parece estar faltando alguma coisa...</i></p>
---	--

A pergunta foi posicionada intencionalmente na apresentação da situação problema (presença da fissura) com o objetivo de levar o indivíduo ao contato de seu repertório individual de imagens, conceitos e possíveis respostas para a pergunta, tudo em uma fração de segundos. A resposta à pergunta é apresentada a seguir e sinaliza que a situação problema que será abordada no material, predispondo o interlocutor acessar algum conhecimento sobre o assunto.

A apresentação total do *De Olho Na Fala* é constituída por uma sequência de 74 slides, compostos por imagens acompanhadas de narração explicativa. Durante toda a apresentação há a preocupação de oferecer imagens, narração e textos escritos que sejam complementares uns aos outros, com objetivo de facilitar o entendimento por parte do público, conforme ilustrado na Figura 11.

Figura 11: Slide e texto: termo cavidade oral e imagens que ilustram estas cavidades

A boca e nariz, por dentro são dois espaços, sendo que a boca é chamada de cavidade oral...

Foram utilizadas algumas sequências de imagens que simulam movimento, nos momentos em que havia a necessidade de garantir a compreensão de transição entre uma imagem e outra (Figura 12). Os slides foram organizados obedecendo a sequência das habilidades abordadas, uma vez que as mesmas foram propostas a partir de uma gradação de complexidade que favorecesse o aprendizado esperado. Desta forma, a sequência de slides referentes ao conteúdo se inicia com imagens e narrações sobre as estruturas anatômicas simultaneamente à apresentação dos termos clínicos (boca=cavidade oral; nariz=cavidade nasal; céu da boca=palato; garganta=faringe; e velofaringe). A seguir apresentam-se slides referentes às funções da velofaringe na produção dos sons orais e nasais, passando então a apresentar o papel e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe.

Figura 12: Slides ilustrando corte sagital e as cavidades em visão tridimensional

Na sequência, são apresentados os cuidados e as condições de saúde necessárias para a cirurgia, salientando-se as ações que o cuidador pode exercer para favorecer a

realização da palatoplastia no tempo previsto pela equipe de reabilitação. Considerando-se a abordagem triangular verifica-se que conteúdo abordado no *De Olho Na Fala* foi constituído por:

- 2 telas de Apresentação
- 18 telas que abordam Apreciação
- 48 telas que abordam Contextualização
- 8 telas que abordam Prática (Ação)
- 1 tela de conclusão
- 1 tela de créditos

A tela de conclusão, na coluna esquerda na Figura 13, incita o diálogo com o profissional de saúde para o esclarecimento de dúvidas, salientando que este é um direito do cuidador. A última tela apresenta os créditos da produção do material. A sequência completa dos slides acompanhados de seus respectivos textos encontra-se no Anexo 6.

Figura 13: Slides de conclusão e créditos

4.1.7) Conversão em Vídeo

Uma vez finalizada a sequência visual dos slides e introduzida a narração, este material foi convertido em um vídeo auto-demonstrativo. Esta última etapa da confecção do material multimídia foi feita por um técnico audiovisual, cabendo aqui salientar que ainda que apenas este momento tenha sido exclusivamente concluído pelo técnico, sua

contribuição efetiva nos esclarecimentos de dúvidas, instalação de softwares e outros aspectos técnicos, ocorreu durante todo o processo deste trabalho, desde a confecção de imagens com uso do programa *Photoshop®* de edição de imagens, até o produto final no formato DVD. Esta observação torna-se pertinente enquanto medida de orientação para outras equipes, uma vez que concluímos que para a confecção de um material multimídia é importante poder contar com um membro da equipe especializado em áudio visual, a fim de otimizar o tempo e potencializar a utilização de recursos.

O material foi finalmente copiado em formato DVD para distribuição para a banca de qualificação e uso durante a Fase II que incluiu a apresentação do *De Olho Na Fala* para avaliação de seu impacto no conhecimento dos pais e cuidadores.

4.2. Fase II

4.2.1) Participantes

Durante os seis meses dedicados à aplicação do roteiro avaliativo foram convidados 45 cuidadores para participar neste estudo. Dos 45 convidados, 41 (91%) concordaram em participar e quatro (9%) indicaram que estavam muito ansiosos ou preocupados com o horário de término da cirurgia e declinaram ver o material. Todos os 41 cuidadores que aceitaram participar eram alfabetizados e não apresentaram deficiência auditiva ou outra condição que necessitasse de ajustes especiais do material para que participassem e foram incluídos no estudo. Um cuidador não completou os dados informativos (gênero, idade, relação com paciente, se tem DVD e acesso à internet na casa). Dos 40 participantes que informaram todos os dados investigados:

- 26 eram do sexo feminino (65%) e 14 do sexo masculino (35%);
- a idade variou entre 18 e 54 anos com média 30,5 anos;

- 23 (57,5%) eram mães de pacientes, 12 (30%) eram pais, 2 eram avós (5%), 2 eram tios (5%), e 1 era tia (2,5%);
- apenas 2 (5%) cuidadores referiram não ter acesso a DVD, enquanto 13 (32,5%) indicaram não ter acesso à internet;
- 39 (95%) consideraram assistir uma única vez ao material suficiente para o entendimento do assunto e apenas 2 (5%) desejaram rever a apresentação
- os participantes eram procedentes das 5 regiões e de 9 estados brasileiros sendo que 1 residia em Goiás (2,5%), 1 (2,5%) no Mato Grosso do Sul, 1 (2,5%) no Espírito Santo, 2 (5%) no Amazonas, 2 (5%) no Rio de Janeiro, 2 (5%) no Paraná, 4 (10%) no Maranhão, 4 (10%) em Minas Gerais, e 23 (57,5%) no estado de São Paulo;
- Quanto ao status socioeconômico observou-se que 23 participantes (57,5%) faziam parte da classificação baixa superior, 11 (40%) da baixa inferior, e 6 (15%) da classe média inferior.⁸

4.2.2) Achados Descritivos e Comparativos

Análise dos resultados do roteiro avaliativo revela o número mínimo, o número máximo e a média de respostas corretas antes e depois do grupo de 41 participantes assistirem ao material *De Olho Na Fala*. Conforme ilustrado na Tabela 2, a questão com menor número de respostas corretas obtidas ANTES dos participantes assistirem ao material obteve 8 (20%) acertos e a questão com maior número de acertos obteve 35 (85%), com uma média de 25 (61%) respostas corretas. DEPOIS de os participantes assistirem ao material, houve um aumento do número mínimo de acertos de 8 (20%) para 19 (46%) e do número máximo de 35 (85%) para 40 (98%), resultando num aumento da

⁸ Dados colhidos junto ao Serviço Social do HRAC

média geral de acertos de 25 (61%) para 35 (86%). Observou-se, portanto, melhora nos conhecimentos adquiridos após os participantes assistirem ao material.

Tabela 2: Número (N) e porcentagem (%) de acertos antes e depois dos participantes assistirem ao material e diferença observada entre condição antes e depois.

Respostas Corretas	Mínimo		Máximo		Média	
	N/41	%	N/41	%	N/41	%
ANTES do Material	8	20	35	85	25	61
DEPOIS do Material	19	46	40	98	35	86
Diferença Antes-Depois	+11	↑ 26%	+5	↑ 13%	+10	↑ 25

Uma análise mais detalhada dos resultados foi realizada considerando-se as habilidades trabalhadas no material. A Tabela 3 ilustra os dados obtidos para as questões que abordaram a *habilidade de reconhecimento e a compatibilização entre termos leigos e termos clínicos como cavidade oral, cavidade nasal, faringe, velofaringe e palato* (itens 1, 2, 3, 4, e 11 do roteiro avaliativo). Observa-se que a porcentagem de respostas corretas aumentou para todas as questões. Os dados também mostram que a porcentagem geral de acertos aumentou entre 3% e 19% após os participantes assistirem ao material. Teste Qui-Quadrado não revelou que a diferença encontrada entre a condição pré e pós material foi estatisticamente significativa para estas questões.

Tabela 3: Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades para reconhecimento e compatibilização entre termos leigos e termos clínicos e diferença* observada após os participantes assistirem ao material.

Respostas Corretas N(%)	ANTES	DEPOIS	Diferença*	Valor de p
-------------------------	-------	--------	------------	------------

item 1	30 (70%)	33 (80%)	↑ 3(10%)	Não Significante
Item 2	33 (80%)	37 (90%)	↑ 4(10%)	Não Significante
Item 3	26 (63%)	32 (78%)	↑ 6(15%)	Não Significante
Item 4	35 (85%)	36 (88%)	↑ 1(3%)	Não Significante
Item 11	11 (27%)	19 (46%)	↑ 8(19%)	Não Significante

A Tabela 4 mostra os dados obtidos para as questões que abordaram a *habilidade de identificar boca, nariz, garganta e velofaringe em imagens* (itens 5, 6, 7, 8 e 9 do roteiro avaliativo). Observa-se que o número de respostas corretas aumentou para todas estas questões depois dos participantes assistirem ao material. Os dados mostram que a porcentagem de acertos aumentou entre 12% e 29% para as questões 5, 6, 7, 8 e 9. Teste Qui-Quadrado não revelou que a diferença encontrada entre a condição pré e pós material foi estatisticamente significativa para estas questões.

Tabela 4: Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de identificar boca, nariz, garganta e velofaringe em imagens e diferença* observada após os participantes assistirem ao material.

Respostas Corretas N(%)	ANTES	DEPOIS	Diferença	Valor de p
Item 5	31 (76%)	38 (93%)	↑ 7(17%)	Não Significante
Item 6	34 (83%)	39 (95%)	↑ 5(12%)	Não Significante
Item 7	32 (78%)	38 (93%)	↑ 6(15%)	Não Significante
Item 8	24 (59%)	36 (88%)	↑ 12(29%)	Não Significante
Item 9	26 (63%)	37 (90%)	↑ 11(27%)	Não Significante

A Tabela 5 mostra os dados obtidos para as questões que abordaram a *habilidade de reconhecer as partes e o funcionamento do palato* (itens 10 e 12 do roteiro avaliativo). Observa-se que o número de respostas corretas aumentou consideravelmente para estas duas questões depois dos participantes assistirem ao material. Os dados mostram um aumento de 61% e de 68% para as questões 10 e 12, respectivamente. Para

estas questões as diferenças encontradas entre as respostas obtidas antes e depois dos participantes assistirem ao material foram estatisticamente significantes segundo teste Qui-Quadrado.

Tabela 5: Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de reconhecer as partes e o funcionamento do palato, diferença* observada após os participantes assistirem ao material e resultados do teste Qui-Quadrado.

Respostas Corretas N(%)	ANTES	DEPOIS	Diferença	Valor de p
Item 10	13(32%)	38(93%)	↑ 25 (61%) *	<0,001
Item 12	9(22%)	37(90%)	↑ 28(68%) *	<0,001

* Diferença significativa de acordo com Teste Estatístico Qui-Quadrado (Questão 10 p=0,00000004609; e Questão 12 p=0,000000001877)

A Tabela 6 mostra os dados obtidos para as questões que abordaram a *habilidade de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais* (itens 15, 16, e 17 do roteiro avaliativo). Os dados mostram que a porcentagem de acertos aumentou entre 34% e 56% para as questões 15, 16, e 17. Para estas questões as diferenças encontradas entre as respostas obtidas antes e depois dos participantes assistirem ao material foram estatisticamente significantes segundo teste Qui-Quadrado.

Tabela 6 Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais, diferença* observada após os participantes assistirem ao material e resultados do teste Qui-Quadrado.

Respostas Corretas N(%)	ANTES	DEPOIS	Diferença	Valor de p
Item 15	11(27%)	28(68%)	↑ 17(41%) *	<0,001
Item 16	8(20%)	31(76%)	↑ 23(56%) *	<0,001
Item 17	21(51%)	35(85%)	↑ 14(34%) *	<0,001

* Diferença significativa de acordo com Teste Estatístico Qui-Quadrado (Questão 15 p=0,0004031 e

Questão 16 p=0,000001146 e 17 p=0,002035)

A Tabela 7 mostra os dados obtidos para as questões que abordaram *a habilidade de identificar o papel e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe* (itens 13, 18, e 19 do roteiro avaliativo). Os dados revelaram que a porcentagem de acertos aumentou entre 10% e 34% para as questões 13, 18, e 19. Para a questão 18 a diferença encontrada entre as respostas obtidas antes e depois do material foi estatisticamente significativa segundo teste Qui-Quadrado.

Tabela 7: Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de identificar o papel e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe, diferença* observada após os participantes assistirem ao material e resultados do teste Qui-Quadrado.

Respostas Corretas N(%)	ANTES	DEPOIS	Diferença	Valor de p
Item 13	26(63%)	37(90%)	↑ 11(27%)	Não Significante
Item 18	25(61%)	39(95%)	↑ 14(34%) *	<0,001
Item 19	32(78%)	36(88%)	↑ 4(10%)	Não Significante

* Diferença significativa de acordo com Teste Estatístico Qui-Quadrado (Questão 18 $p=0,0005236$)

A Tabela 8 mostra os dados obtidos para as questões que *abordaram a habilidade de identificar ações que o cuidador pode exercer para favorecer a realização da palatoplastia no tempo previsto pela equipe de reabilitação* (itens 14 e 20 do roteiro avaliativo). Os dados mostram que a porcentagem de acertos aumentou em 13% para questões 14 e 20. Não houve significância estatística para as diferenças encontradas para estas questões.

Tabela 8 Número e porcentagem média de acertos obtidos para as questões que abordaram as habilidades de identificar ações que o cuidador pode exercer para favorecer a realização da palatoplastia no tempo previsto pela equipe de reabilitação, diferença* observada após os participantes assistirem ao material e resultados do teste Qui-Quadrado.

Respostas Corretas N(%)	ANTES	DEPOIS	Diferença	Valor de p
Item 14	35(85%)	40(98%)	↑ 5(13%)	Não Significante
Item 20	35(85%)	40(98%)	↑ 5(13%)	Não Significante

Ary Condota

Discussão

5. DISCUSSÃO

O HRAC é uma instituição que oferece serviços de alta e média complexidade para pacientes com anomalias craniofaciais, predominantemente pacientes com fissura labiopalatina, e por ser um centro de referência, atende indivíduos de diferentes regiões do país. A correção cirúrgica primária da fissura labioplantina, tanto no HRAC quanto na maioria dos centros no país, é realizada durante o primeiro ano de vida do bebê com cuidados especiais para que o tempo cirúrgico seja realizado conforme proposto pelas equipes.

No HRAC 20% das cirurgias agendadas são adiadas, devido, em parte, à condição clínica dos bebês que chegam ao hospital com febre, anemia, piolho, sarna, coceira ou micose, vermes, feridas na pele ou machucado com pus, bronquite, asma, peito chiando, tosse, gripe ou catarro, garganta ou ouvido infeccionado, cárie dentária, vômito ou diarreia, doenças infecciosas (sarampo, caxumba, etc.) e baixo peso. É prática da instituição, e portanto, parte da proposta de tratamento, orientar cuidadores sobre a importância de manterem cuidados básicos de saúde que promovam condições clínicas adequadas para que a realização das cirurgias ocorra no período planejado. Esta prática é observada diariamente com distribuição de panfletos informativos e com sistemática repetição das orientações por vários membros da equipe. Ainda assim, chegam à instituição, bebês com condições crônicas que poderiam ser prevenidas se tratadas nos programas de saúde da família nos municípios de procedência, sugerindo dificuldade de muitos cuidadores para aderir à proposta de tratamento oferecida no HRAC.

Considerando que esclarecer pais e cuidadores mais intensamente sobre a importância da palatoplastia primária para a reconstrução da velofaringe (e para um desenvolvimento adequado da fala) poderia aumentar a adesão ao tratamento, esta foi a motivação para a elaboração e a avaliação do material multimídia aqui apresentado. A

iniciativa vem ao encontro de uma proposta de potencializar ações preventivas de Educação em Saúde visando motivar esforços de pais e cuidadores para manutenção dos cuidados básicos necessários para que a cirurgia possa ocorrer no tempo previsto. Neste sentido o material elaborado é original uma vez que foi desenvolvido sob a perspectiva do cuidador e aborda o papel da velofaringe e sua reconstrução por meio da palatoplastia primária.

A reflexão pedagógica que norteou a elaboração do material *De Olho Na Fala* foi o ponto de intersecção entre a proposta de educação de Paulo Freire (já utilizada em iniciativas da área da saúde), a Abordagem Triangular, de Ana Mae Barbosa (para o ensino da arte) e as experiências vivenciadas pela investigadora durante o programa de mestrado. Considerar um ponto de intersecção entre áreas da Arte Educação, Educação em Saúde e as vivências no HRAC proporcionou grandes ganhos à elaboração deste estudo. O avanço se deu ao pontuar que ainda que a leitura de imagem artística seja fundamentada pelo papel da subjetividade, onde quase tudo é permitido (desde que encontre eco nos pensamentos, sensações e emoções do leitor), na leitura de imagem de cunho científico esta subjetividade é substituída pela necessidade da compreensão, o mais exata possível, do conteúdo que se pretende abordar, acentuando como a imagem pode favorecer, e não complicar, o diálogo entre o educador (neste caso o profissional da saúde) e o educando (neste caso pais e cuidadores). A proposta buscou, ainda que de forma limitada por se tratar de um material multimídia em formato DVD, fugir da educação “bancária”, evitando que pais e cuidadores fossem considerados “vazios” e que o conteúdo das orientações fosse neles depositado pelos profissionais da saúde os quais, muitas vezes, pressupõem que a aprendizagem passa a ocorrer a partir do momento que a informação é verbalizada, independente da abordagem pedagógica usada para apresentar o assunto. Na prática, a proposta visou elicitar uma mudança de comportamento imediata

incitando a uma maior atenção com os cuidados básicos da saúde tornando o indivíduo mais participativo e mais autônomo na construção de seu conhecimento, observador e com maior habilidade para agir de forma mais crítica com sua criança.

De uma forma geral observou-se que durante a Fase I, de elaboração do material, a transposição da Abordagem Triangular para o contexto da Educação em Saúde na confecção do material multimídia *De Olho na Fala*, embasou o processo de elaboração e foi determinante para a condução do trabalho e decisões da autora que:

- Tomou imagens como ponto de partida para a construção de conceitos;
- Utilizou imagens que foram previamente elaboradas com o objetivo de orientação, facilitando sua leitura;
- Apresentou o conteúdo de forma paulatina e crescente, apresentando informações sob a perspectiva dos pais e cuidadores, à medida que intercalou o momento de Apreciar e o de Contextualizar;
- Ao propor a Apreciação, colocou o interlocutor em posição de observação e reflexão, propiciando que este reconhecesse em si mesmo alguma autonomia na construção de seu conhecimento;
- Sugeriu um vínculo positivo por meio do recurso do diálogo, exposto através do tom da narração, elaborado com o recurso de partitura vocal, e de perguntas estratégicas distribuídas ao longo do material;
- Contribuiu para familiarização do indivíduo leigo com imagens que contém informação visual sobre a anatomia funcional da criança com fissura labioplatina.
- Propôs uma ação de promoção da saúde de forma clara e objetiva e que pode ser facilmente implementada pelos pais e cuidadores buscando otimizar o tratamento.

Buscando otimizar a aprendizagem por meio do uso de informação visual que potencializasse a compreensão do conteúdo e o desenvolvimento das habilidades

necessárias grande parte do trabalho foi dedicado à análise, seleção e mesmo criação de imagens. Neste sentido a participação em atividades acadêmico-clínicas no HRAC possibilitou a oportunidade de análise do material visual utilizado pelos profissionais no Serviço de Prótese de Palato do HRAC o que contribuiu para identificação dos elementos que interferiam negativamente na decodificação da imagem, podendo comprometer a aquisição de conhecimento. O resultado foi a identificação de estratégia de comunicação visual mais assertiva, porém que necessitava ser avaliada quanto ao seu potencial de acarretar mudanças no conhecimento dos pais quanto ao assunto abordado.

Para avaliação do material optou-se pelo desenvolvimento de um roteiro avaliativo. Avaliação de material multimídia geralmente envolve pesquisa da opinião do público sobre o conteúdo ou mesmo o formato de apresentação do material (Rafacho, 2012; Prado, 2011; Gallbach, 2004). Esta cultura de utilização de pesquisa de opinião em um hospital de reabilitação como o HRAC, no entanto, pode gerar alguns questionamentos. Numa sociedade onde saúde é abordada pela grande maioria dos profissionais da saúde com uma visão assistencialista e onde a abordagem pedagógica da educação “bancária” é comumente usada durante orientação de pais e cuidadores, a expectativa é encontrarmos um maior número de usuários passivos e “sempre satisfeitos” com todos os serviços prestados. Mesmo quando existe a opção de anonimato nas respostas, a atitude de agradecimento incondicional pelo serviço recebido é comum em cidadãos que cresceram num sistema com uma abordagem assistencialista aos serviços da saúde, onde o tratamento nem sempre é visto como um direito dos cidadãos que por sua vez podem se encontrar em situação de fragilidade, com a capacidade crítica alterada, tendendo a considerar positivo tudo o que lhes é apresentado. Como alerta Lott (2005), populações vulneráveis estão em relação desigual de poder, e esta circunstância deve ser considerada a fim de garantir benefícios reais à população participante do estudo, no

momento de planejamento e adequação da pesquisa. Ponderou-se também que em uma avaliação onde são utilizados índices de satisfação, geralmente não é possível considerar as diferenças entre o contexto sócio cultural dos entrevistados e o contexto da instituição que presta o serviço de saúde. Ou seja, quando a sala de espera da instituição oferece mais conforto e bem estar do que a residência dos entrevistados, fica difícil evitar uma tendência de considerar positivo tudo o que ali é ofertado. O protocolo de pesquisa nestes casos precisa ser adaptado e foi, portanto, buscando este ajuste à condição real de coleta de dados e evidenciar informações mais concretas, que a autora optou por elaborar um roteiro avaliativo voltado para identificação de mudanças nas habilidades dos usuários do material ao invés de utilizar uma pesquisa de opinião ou um questionário de satisfação. A aplicação do roteiro ANTES do material pressupõe a existência de conhecimentos em diferentes níveis entre os participantes e, portanto, estabeleceu a base para comparação com conhecimentos DEPOIS do material. Foi, portanto, por meio de uma comparação entre os dados obtidos antes e depois do material que este estudo propôs avaliar o impacto do material nos conhecimentos dos pais e cuidadores. Os conhecimentos foram avaliados imediatamente após exposição ao conteúdo do material, tornando-se assim uma das limitações deste estudo, uma vez que não se pode chamar de aquisição de conhecimento ou aprendizado. Estudos voltados para identificação da manutenção das habilidades após algum período de tempo de exposição ao conteúdo são recomendados futuramente.

Além dos resultados revelarem um aumento percentual, porém não estatisticamente significantes, em alguns conhecimentos abordados no roteiro avaliativo, mudanças estatisticamente significativas foram identificadas para a habilidade de reconhecer as partes e o funcionamento do palato; a habilidade de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais; e a habilidade de reconhecer que por meio da palatoplastia o cirurgião reconstrói o palato duro e o mole criando a velofaringe.

Neste sentido o material teve o impacto pretendido que foi o de mudar conhecimentos que pudessem afetar comportamentos futuros com relação ao preparo da criança para a realização da palatoplastia primária no tempo previsto. Ainda corroborando com a colocação anteriormente exposta, sobre as limitações de uma pesquisa de opinião no contexto aqui apresentado, foi observado que dos 41 participantes do estudo, 39 disseram-se completamente satisfeitos com apenas uma exposição do material multimídia, considerando desnecessária uma segunda apresentação (total ou parcial). No entanto, as respostas ao roteiro avaliativo no momento DEPOIS, denunciam que o nível de acertos nas respostas não foi proporcional ao nível de satisfação demonstrado. Se o material for futuramente adotado pela instituição para uso na rotina hospitalar, o impacto do material poderá ser mensurado a médio e longo prazo comparando-se periodicamente o número de procedimentos cancelados entre o grupo COM acesso ao material e o grupo SEM acesso material.

Finalmente algumas questões incluídas no roteiro avaliativo já apresentaram resultado satisfatório antes mesmo de exposição ao conteúdo do material e neste sentido duas observações são possíveis. O roteiro apresentou assuntos gradualmente, inter-relacionando conteúdos e alternado uso das imagens. Neste sentido o próprio roteiro avaliativo tornou-se um instrumento de ensino favorecendo respostas adequadas mesmo antes do material. Por outro lado notou-se ainda que algumas questões com pior performance envolviam exposição a conteúdos sem o uso de ilustrações de apoio. Futuros estudos envolvendo um pré-questionário sem o uso das imagens poderia ser aplicado inicialmente testando-se a hipótese de que muitas das imagens usadas são autoexplicativas e, portanto atingiram o objetivo de elucidar conceitos abstratos antes mesmo do uso da narrativa. A segunda observação a ser feita neste sentido é que pais cuidadores têm acesso a informações em diferentes níveis e diferentes meios, além de

serem sistematicamente e frequentemente orientados pela equipe e, portanto, algum conhecimento prévio era esperado neste grupo.

A descrição detalhada do roteiro de ações, incluindo a utilização da planilha adaptada de Wen (2010), o uso da abordagem triangular (com a utilização de perguntas estratégicas e da partitura vocal) e o desenvolvimento e aplicação do roteiro avaliativo descritos neste trabalho definem um processo de construção do *De Olho Na Fala* , o qual pode nortear o desenvolvimento de futuros materiais voltados para orientação de pais e cuidadores. Neste sentido algumas sugestões a partir de observações subjetivas da autora são pertinentes tanto para modificações no material já confeccionado quanto para produção de futuros trabalhos:

- O tempo de apresentação da compatibilização entre termos leigos e termos clínicos pode ser reduzido;
- A intensidade da gravação áudio pode ser aumentada para que não seja necessário o uso de caixas de som.
- A analogia da casa de dois andares foi apresentada dentro da cabeça o que reduziu muito o tamanho da imagem, o material pode ser adaptado para apresentar inicialmente a imagem de forma isolada (ocupando uma tela inteira) e depois introduzir a imagem da casa dentro da cabeça;
- Retirar a imagem “de fumaça” de dentro da casa sempre que o assunto abordado não for a produção de sons;
- Sempre que possível utilizar ilustrações didáticas na produção de materiais multimídia, como ferramentas para educação em saúde;
- Propor de forma mais contundente a autonomia na leitura de imagem científica, ou seja, utilizando maior número de ilustrações interligadas a perguntas estratégicas.

Enquanto uma mudança de comportamento de pais e cuidadores que pudesse implicar em uma redução no adiamento de cirurgias devido às condições que podem ser evitadas ou minimizadas (como anemia, por exemplo) só poderá ser avaliada após algum tempo de uso do material, este estudo teve um impacto satisfatório na ampliação das habilidades consideradas necessárias para que um número maior de cuidadores possa aderir adequadamente ao tratamento proposto. O conceito de adesão implica no seguimento do protocolo proposto pela instituição, e enquanto esta propõe, orienta e informa, é inevitável que em última instância esteja sob a responsabilidade dos pais e cuidadores a adesão efetiva. No entanto, é importante lembrar que é necessária uma congruência de fatores para que o tratamento proposto seja possível e tenha bons resultados. O sucesso da palatoplastia primária, por exemplo, pode estar relacionada à amplitude da fissura, a técnica cirúrgica, a experiência do cirurgião, ao processo de cicatrização e convalescência de cada indivíduo. Pouquíssimos aspectos do tratamento estão sob o controle direto de pais e cuidadores, porém os cuidados básicos da criança na fase pré-cirúrgica é um dos fatores mais importantes para realização dos procedimentos no tempo indicado pela equipe, tendo também um importante impacto no processo de cicatrização e convalescência de cada bebê. A orientação criteriosa de cuidadores, portanto, é medida importante num país com tão poucos profissionais habilitados para oferecer serviços de alta complexidade a pacientes com anomalias craniofaciais. Neste sentido o material desenvolvido pode favorecer ações por meio de modalidades da telessaúde, tanto teleeducação quanto teleassistência, ampliando possibilidades de atendimento à distância.

“O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.”

Paulo Freire

Ary Condota

Conclusão

6. CONCLUSÃO

A elaboração de material multimídia com informações quanto à velofaringe e palatoplastia primária em bebês com fissura labiopalatina, proposta como um dos dois objetivos deste trabalho, ocorreu permeada por extensa observação, pesquisa e pertinente definição de estratégias tanto educativas quanto de recursos tecnológicos. O segundo objetivo proposto foi avaliar o impacto do uso do material no conhecimento de pais de bebês em tratamento no HRAC/USP. Neste sentido, o termo conhecimento foi usado conforme segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, Houaiss, no qual o termo indica o estado ou condição de compreender, entender. Os resultados encontrados indicam aumento do conhecimento de pais de bebês quanto aos aspectos abordados no material, sendo que este aumento do conhecimento foi estatisticamente significativo para: 1) a habilidade de reconhecer as partes e o funcionamento do palato; 2) a habilidade de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais; e 3) a habilidade de reconhecer que por meio da palatoplastia o cirurgião reconstrói o palato duro e o mole criando a velofaringe.

Ary Condota

Referências

REFERÊNCIAS

Alencar CJF. Avaliação de conteúdos e objeto de aprendizagem da teleodontologia aplicado a anestesia e exodontia em odontopediatria. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2008

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. Set.2004-fev.2005; v.9 (16): p.39-52, 2004-2005

Barbosa, AM .A Imagem No Ensino da Arte: Anos 80 e Novos Tempos. 3ªed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

_____. Apreciar e Interpretar. In: Resumos... do Encontro A Compreensão e o Prazer da Arte. SESC;1998 Abr-Nov; São Paulo, Brasil. São Paulo: Serviço Social do Comércio;1998 [p.2-8]

_____. As mutações do conceito e da prática. In: _____ (org.). Inquietações e Mudanças no Ensino da Arte. São Paulo: Cortez, 2002. P. 13-25

Bardach J; Salyer KE. Cleft palate repair: anatomy, timing, goals, principles, and techniques. In: Shprintzen RJ; Bardach J, editors. Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach. St Louis: Mosby; 1995. p.102-36.

Brasil. Ministério da Saúde. Direitos do Paciente. Portaria nº 1286 de 26 de outubro de 1993 – art. 8º e nº74 de 4 de maio 1994. Direitos do paciente.Brasília, 1993.

Brasil, Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio a Gestão Participativa Caderno de Educação Popular e Saúde Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília, 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. 2007b

Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde [homepage na internet] Brasília: Ministério da Saúde (sd) [acesso em: 14 05 11] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1

Bzoch KR. Introduction to the study of communicative disorders in cleft palate and related craniofacial anomalies. In: Bzoch KR, editor. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 5th.ed. Austin: Pro-Ed. 2004. p. 3-66.

Chen PK; Wu JT; Chen YR; Noordhoff MS. Correction of secondary velopharyngeal insufficiency in cleft palate patients with the Furlow palatoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1994;94 (7):933-43.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40: 201-219.

Di Ninno CQMS. Informações que os pais de bebês com fissura labiopalatina gostariam de receber no período neonatal. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2006 11(1):10-16

Dutka, JCR. Programa de Incentivo à pesquisa – ProIP da Universidade de São Paulo para realização do Projeto Orientação de pais e conselheiros da saúde como estratégia para promoção da saúde fonoaudiológica em indivíduos com fissura labiopalatina, 2006-2008. Processo USP: 2006.1.24.297.1.9

Dutka, JCR. Palestra sobre manuais informativos no VI Encontro Nacional de Associações de Pais e Portadores de Lesões Labiopalatinas e/ou Deficiências Auditivas e II Encontro da Rede PROFIs, 2006

Dutka, JCR. Palestra sobre manuais informativos no VII Encontro Nacional de Associações de Pais e Portadores de Lesões Labiopalatinas e/ou Deficiências Auditivas e III Encontro da Rede PROFIs, 2007.

Dutka, JCR. Palestra sobre manuais informativos no IX Encontro Nacional de Associações de Pais e Portadores de Lesões Labiopalatinas e/ou Deficiências Auditivas e V Encontro da Rede PROFIs, 2009

Ferreira ASSBS. Ambiente de tele-educação e iconografia didática [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005

Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002 (Coleção Leitura)

_____. Pedagogia do Oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994

Gallbach JR, Paciente com Fissura Labiopalatina: potencial de resolutividade do atendimento na Faculdade de Odontologia da UFMG.[Dissertação], Belo Horizonte. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2004

Gayotto LH, Voz, Partitura da ação. São Paulo: Plexus; 2002.

(Gonçalves H; Costa JSD; Menezes AMB; Knauth D & Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. Cadernos de Saúde Pública; 1999

Graciano MIG; Tavano; LD, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007. p 311-333.

Houaiss A,Villar MS, Franco FMM. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa, Rio de Janeiro, Editora Objetiva; 2004

Joly M, Introdução à análise da imagem. 11ª Ed. Campinas: Papirus; 2000 (Ofício de Arte e Forma)

Kummer AW. Velopharyngeal dysfunction (VPD) and resonance disorders. In: Kummer AW. Cleft palate and craniofacial anomalies: the effects on speech and resonance. (2nd ed.) San Diego: Singular Thomson Learning; 2008. p.145-76.

Leite SN; Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura Ciência & saúde coletiva vol.8 nº.3 São Paulo 2003

Lott PJ. Module Three: Vulnerable/Special Participant Populations. In: Developing World Bioethics[Periódico na Internet].2005 [acesso em 22 jan 2012]; 5(1):[aproximadamente 25 p.]. Disponível em: <http://www.udo-schuklenk.org/files/modulo3.pdf>

Martins I, Gouveia G, Piccinini C. Aprendendo com Imagens.Cienc. Cult. 2005; 57 (4):38-40

Moraes, LE. Prevenção dos distúrbios da comunicação na fissura labiopalatina: informações para pais e cuidadores. [Iniciação Científica] Bauru:Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais,Universidade de São Paulo, 2008

Nascimento ACA. Princípios de design na elaboração de material multimídia para a Web. Projeto RIVED, Ministério da Educação 2005 Acesso em: 23 janeiro de 2011. Disponível em: <http://rived.proinfo.mec.gov.br/artigos/multimidia.pdf>

Pegoraro-krook MI, Dutka-Souza JCR, Magalhães LCT, Feniman, MR. Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In: Ferreira, LP, Befi-Lopes, DM, Limonge, SCO(Org.). Tratado de Fonoaudiologia. SãoPaulo: Roca; 2004. p. 439-55.

Pillar AD, A Educação do olhar no ensino da Arte In: Inquietações e Mudanças no Ensino da Arte. Barbosa AM (org). São Paulo: Cortez, 2002 p 71-82

Prado LM, Desenvolvimento e avaliação de material multimídia para orientação de pais e cuidadores de crianças com Síndrome de Down. [Dissertação] Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Rafacho MB, A internet como recurso de acesso à informação para pais de crianças com fissura labiopalatina. [Dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2012.

Reed K. Therapeutic Patient Education. 2001 Acessado em 8 janeiro 2011 Disponível em: http://www.diabetesinfo.org.nz/library/pe_therapeutic.pdf.

Seagle MB. Primary surgical correction of cleft lip and palate. In: Bzoch KR. Communicative disorders related to cleft lip and palate. 5. Ed. Austin: Pro- Ed, 2004. p 181-192

Shaw WC, Semb G. Princípios e estratégias da reabilitação: recomendações da Organização Mundial da Saúde. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2007.p 1-15

Silva Filho OG, Freitas JÁ de S. Caracterização Morfológica e Origem Embrionária. In: Trindade IEK, Silva Filho OG (coord). Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora santos; 2007, p 17-49

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde. Interface Comunic., Saúde, Educ. set.2004-fev.2005; 9 (16);, p.91-104.

Spinardi ACP. Telefonaudiologia: Desenvolvimento e Avaliação do CDROOM “Procedimentos Terapêuticos no Transtorno Fonológico”. [Dissertação]. Bauru; Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2009.

Suguimoto MLFCP, Análise da fala de indivíduos operados de palato entre 12 e 24 meses de idade: Estudo retrospectivo.[dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.

Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Etapas e Condutas Terapêuticas / Anomalias Craniofaciais/Fissura Labiopalatina / Deficiência Auditiva /Deficiência Visual/Síndromes. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Fissuras labiopalatinas: primeiros cuidados. [DVD] Bauru: Xingu Imagens Digitais, 2009.

Wen CL. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil. Informática Pública. 2008; 10(2):07-15.

_____. Planilha para sistematização de temas, elaboração de matriz de objetivos e competências, para fins de planejamento multiprofissional. Disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

Whitaker ME. Relação entre ceceio e índice oclusal em crianças com fissura labiopalatina [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2009.

Wiley DA. Learningobject design and sequencing theory [tese]. Utah: Brigham Young University; 2000. Disponível em: <http://wiley.ed.usu/docs/dissertation.pdf>

Williams WN., Seagle, MB, Pegoraro-Krook MI, Garla L, Silva ML., Machado Neto, JS., Dutka, JCR, Nackashi J, Boggs S, Shuster J, Moorhead J, Wharton, W, Graciano, MIG., Pimentel, Maria C., Feniman, Mariza, Piazzentin-Penna, Silvia H. A., KEMKER, Joseph, Zimmermann MC., Bento-Gonçalves C, Borgo H, Marques IL., Martinelli APMC., Jorge JC., Antonelli P, Neves JFA., Whitaker ME. Brosco TVS. Prospective Clinical Trial Comparing Outcome Measures Between Furlow and von Langenbeck Palatoplasties for UCLP. Annals of Plastic Surgery (Print). , v.66, p.154 - 163, 2011.

Wood Junior T. Remuneração por habilidades e por competências: preparando a organização para a Era das empresas de conhecimento intensivo. São Paulo, Atlas, 1999.

Ary Condota

Anexos

ANEXO 1: Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do HRAC/USP

Ofício nº 113/2011-SVAPEPE-CEP

Bauru, 27 de abril de 2011

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa intitulado **"Desenvolvimento e avaliação de material multimídia para orientação de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina"**, de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 24 de novembro de 2009. Na reunião realizada em **26 de abril de 2011**, as alterações solicitadas e a alteração de título para **"Multimídia sobre velofaringe e palatoplastia na fissura labiopalatina"** foram aprovadas.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará um parecer final que poderá ser utilizado para publicação do trabalho.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. MARCIA RIBEIRO GOMIDE
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

TARCILA LIMA COSTA

A/C

Profa. Dra. Jennifer de Cássia Rillo Dutka

Laboratório de Fonética – HRAC/USP

Rua Sílvio Marchioni, 3-30 Bauru, SP, Brasil
Caixa Postal 1501 - CEP 17.012-900
Tel. 55-14-3235-8421
E-mail: cep@centroho.usp.br

ANEXO 2: Roteiro Avaliativo aplicado Antes e Depois dos pais assistirem material

FOLHA DE RESPOSTAS () ANTES () DEPOIS

Nº _____ Data: _____

QV _____

Sexo: () feminino () masculino idade: _____ relação com o paciente: _____

Possui DVD em casa? () sim () não

Tem qualquer tipo de acesso à internet? () sim () não

Instruções gerais: Ao aceitar participar neste projeto você responderá ao seguinte questionário duas vezes: 1 antes de assistir ao DVD e depois de assistir. Para estudarmos se o DVD ajuda os pais a entenderem assuntos relacionados à fissura é importante que você responda as questões da melhor forma que puder: deixando em branco ou marcando a alternativa “não sei” quando não souber a resposta.

Q1 - Relacione os nomes entre as duas colunas conforme o exemplo:

1 - Boca	(a) Úvula
2 - Nariz	() Faringe
3 - Garganta	() Cavidade Oral
4 - Céu da boca	() Palato
Ex: a-Campainha	() Cavidade Nasal

Q2 - Relacione o nome das regiões indicadas com a numeração na imagem ao lado (QUESTIONÁRIO PLASTIFICADO):

5-Velofaringe

6-Cavidade Oral

7-Cavidade Nasal

Q3 – Observando as imagens abaixo, indique se a velofaringe está aberta ou fechada:

8) Nesta figura a velofaringe está:

9) Nesta figura a velofaringe está:

() Aberta () Fechada () Não sei

() Aberta () Fechada () Não sei

Q4 - Indique se as afirmativas abaixo são FALSAS ou VERDADEIRAS:

10) O palato duro tem osso dentro.

1) FALSO

2) VERDADEIRO

3) NÃO SEI

11) Cavidade nasal é outro nome que damos para velofaringe.

1) FALSO

2) VERDADEIRO

3) NÃO SEI

12) O palato mole se movimenta como uma porta do tipo alçapão.

1) FALSO

2) VERDADEIRO

3) NÃO SEI

13) A palatoplastia primária é uma cirurgia realizada para reconstruir o palato e a velofaringe nos casos de fissura palatina.

1) FALSO

2) VERDADEIRO

3) NÃO SEI

14) A palatoplastia pode ser realizada mesmo quando o bebê está doente ou com anemia.

1) FALSO

2) VERDADEIRO

3) NÃO SEI

Q5 – Assinale a alternativa que melhor completa a frase:

15) Sons orais são aqueles que precisam da velofaringe _____

() FECHADA () ABERTA () NÃO SEI

16) Sons nasais são aqueles que precisam da velofaringe _____

() FECHADA () ABERTA () NÃO SEI

Q6:

17) Assinale a imagem que representa a boca e o nariz do bebê COM FISSURA LABIOPALATINA antes da palatoplastia primária:

A)

B)

C)

D) Não sei

Q7:

18) Por meio de cirurgias, o cirurgião plástico:

- a) Fecha a cavidade oral
- b) Abre a cavidade nasal
- c) Reconstrói o palato duro e o mole criando a velofaringe
- d) Não sei

Q8:

19) O nome dado à primeira cirurgia no céu da boca é:

- a) Palatoplastia Primária
- b) Queiloplastia
- c) Fissura-cirurgia
- d) Não sei

Q9:

20)- Quando o bebê fica doente próximo à data da cirurgia para correção da fissura, os pais e cuidadores devem:

- a) Levar o bebê para o hospital para fazer a cirurgia mesmo estando doente , pois isso não interfere no resultado
- b) Levar o bebê para fazer uma consulta no mesmo hospital onde será feita a cirurgia
- c) Levar o bebê ao posto de saúde mais próximo de sua casa, na sua cidade de origem
- d) Não sei

OBRIGADA!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____ portador da cédula de identidade _____, devidamente explicado sobre os detalhes deste projeto de pesquisa, e ciente dos procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: MULTIMÍDIA SOBRE VELOFARÍNGE E PALATOPLASTIA NA FISSURA LABIOPALATINA, a ser realizada por Tarcila Lima da Costa sob a orientação da Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ao aceitar participar deste projeto concorda em responder a um formulário com questões sobre o conteúdo, a qualidade audiovisual e a adequação ao público alvo após assistir a um DVD sobre alguns aspectos da fissura labioplantina. O DVD, de duração de 10 minutos, será entregue aos participantes e estes poderão assistir e responder ao formulário no tempo que tiverem disponível. A apresentação do DVD juntamente com a resposta do questionário terá duração aproximada de 15 minutos. O participante pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de .

**Assinatura do Sujeito da Pesquisa
Responsável**

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Tarcila Lima da Costa

Endereço do Pesquisador Responsável: Av. Orlando Ranieri 8-85 bl 16 ap 22

Cidade: Bauru

Estado: SP

CEP: 17. 047.902

Telefone: 38794273

E-mail: tarcilacosta@usp.br

Endereço Institucional (Rua, Nº): R. Sílvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru SP

Telefone: 55 14 3235842

Anexo 4: DVD De Olho na Fala- anexado à contracapa traseira deste trabalho

Anexo 5: Compêndio de Ilustrações didáticas sobre fissura labiopalatina

Cabeça sem corte	Palato aberto	Palato fechado	Pontos articulatórios

Pontos articulatórios de sons orais			
B	B com ar	D	D com ar

F	F com ar	G	G com ar

K	K com ar	P	P com ar

S	S com ar	T	T com ar

V	V com ar	Z	Z com ar

Pontos articulatórios de sons nasais				
M	M com ar	N	N com ar

NH	NH com ar	FNP (Fricativa Nasal)	Sem Palato

Pontos articulatórios atípicos				
Plosiva Dorso Médio Palatal	Golpe de Glote	Plosiva Velar	Fricativa Faríngea

Analogias (casinhas)
Porta fechada	Porta aberta	Porta com trava	Sem divisão
Porta curta

ANEXO 6: Planilha Para Conferência da Adequação Entre Objetivos e Estratégias

PLANILHA PARA CONFERÊNCIA DA ADEQUAÇÃO ENTRE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

APRESENTAÇÃO DO CONTEÚDO: SINCRONIZAÇÃO ENTRE IMAGEM, TEXTO E ABORDAGEM PEDAGÓGICA PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAL MULTIMÍDIA

(Adaptada da planilha de Wen 2010, realizada por Tarcila Lima da Costa, orientação de Jeniffer C. R. Dutka)

1. Habilidade de reconhecimento e compatibilização entre termos leigos e clínicos incluindo: cavidade oral, cavidade nasal, faringe, palato, palatoplastia e velofaringe(abordado em 33 slides)
2. Habilidade de identificar boca(cavidade oral), nariz(cavidade nasal), garganta(faringe) e velofaringe em imagem. (abordado em 25slides)
3. Habilidade de reconhecer as partes e o funcionamento do palato; (abordado em 25 slides).
4. Habilidade de reconhecer o papel da velofaringe na produção dos sons orais e nasais. (abordado em 22 slides);
5. Habilidade de identificar o papel e a importância da palatoplastia primária para reconstrução da velofaringe (abordado em 4 slides);
6. Habilidade de identificar ações que o cuidador pode exercer para favorecer a realização da palatoplastia no tempo previsto pela equipe de reabilitação. (abordado em 14 slides)

SLIDE	TEXTO NARRADO	HABILIDADES	ABORDAGEM TRIANGULAR (finalidade do texto e da imagem)	CARACTERÍSTICA (descrever imagem)	ALTERAÇÕES SUGERIDAS
1	Este material foi elaborado para você entender melhor o que acontece com o céu da boca quando a criança nasce com fissura labiopalatina e como a cirurgia que é feita para a correção dessa fissura é importante para o desenvolvimento da fala do bebê.	Apresentação	Apresentação
2	A fissura labiopalatina é uma condição a qual pode afetar o lábio e o céu da boca do bebê. Para entendermos o que acontece com o bebê com fissura labiopalatina vamos observar algumas imagens	Apresentação	Apresentação

3	Vamos olhar uma imagem de uma pessoa de frente com a boca aberta.	1	Apreciação
4	Preste atenção na parte de dentro da boca	1	Apreciação
5	Agora compare com a imagem de uma criança com fissura. O que observamos? Que o céu da boca está aberto e parece estar faltando alguma coisa...	1	Apreciação Pergunta Estratégica
6	Para começarmos a entender o que acontece por dentro, na boca e no nariz, vamos usar um modelo de plástico aberto ao meio.	1	Imagem de transição de conteúdo
7	Se pudéssemos abrir a cabeça ao meio, como nesse modelo poderíamos ver o que tem lá dentro	1	Apreciação

8		-	Apreciação
9		-	Apreciação
10		-	Apreciação
11		-	Apreciação
12	Vamos agora relacionar o modelo de plástico com alguns desenhos. <i>Primeiro</i> a cabeça vista por fora	1	Apreciação

13	<i>E , agora a cabeça vista por dentro.</i>	1	Apreciação
14	A boca e nariz, por dentro são dois espaços, sendo que a boca é chamada de cavidade oral...	1 - 2	Contextualização	Boca = Cavidade oral		
15	E o nariz de cavidade nasal.	1 - 2	Contextualização	Nariz = Cavidade nasal		
16	Para entendermos melhor como as cavidades oral e nasal se relacionam,	1 - 2	Contextualização	Cavidade oral ↑ Cavidade nasal		
17	podemos comparar a boca e o nariz à uma casa com dois andares.	1-2	Apreciação
18	O nariz ou cavidade nasal é o andar de cima,	1 - 2	Contextualização	Cavidade Nasal		

19	A boca ou cavidade oral é o andar de baixo.	1 -2	Contextualização
20	A garganta ou faringe é o espaço ou a cavidade que fica atrás da boca e do nariz	1 -2	Contextualização
21	O céu da boca serve como separação entre os dois andares e recebe o nome de palato.	1 – 2-3	Contextualização
22	O palato pode ser dividido em duas partes: uma dura que fica na frente	1 - 2 -3	Contextualização
23	E outra mole que fica atrás	1-2-3	Contextualização
24	A parte que fica na frente é dura pois tem osso dentro e é chamada de palato duro.	1-2-3	Contextualização

25	E a parte que fica atrás, não tem osso dentro, mas tem músculos, portanto é mole e é chamada de palato mole.	1 - 2 -3	Contextualização
26	Ao olharmos dentro da boca, num espelho, vemos o palato que é o céu da boca,	1 -2-3	Apreciação
27	Compare agora com o palato visto de lado no desenho	1 – 2-3	Apreciação
28	Podemos também identificar a úvula, conhecida por campainha, que é a pontinha do palato mole.	1-2-3	Apreciação
29	Repare como a língua vista de frente e de lado, também parece muito diferente	1	Apreciação

30	Quando voltamos a comparar a boca e o nariz com a casa de 2 andares	1	Apreciação
31	O palato mole corresponde a uma porta que se movimenta abrindo e fechando,	1 – 3 - 4	Contextualização
32	como um alçapão	1 – 3 - 4	Contextualização
33	E assim como o alçapão encosta na parede ao fechar	4	Contextualização
34	O palato mole precisa encostar nas paredes da garganta para separar o nariz da boca.	1 – 2 - 3 - 4	Contextualização
35	O palato mole e as paredes da garganta, juntos formam a velofarínge.	1 – 2 - 3 - 4	Contextualização	<div> Palato Mole + Paredes da Faringe ↓ VELOFARINGE </div>

36	A velofarínge ao funcionar, pode juntar ou separar o nariz e a boca para produzirmos dois tipos de sons.	2-3- 4	Contextualização
37	Os sons orais e os sons nasais	- 4	Contextualização
38	Os sons orais são aqueles que saem somente pela boca, e que precisam da porta fechada.	1-- 4	Contextualização
39	Já os sons nasais saem pela boca e pelo nariz e precisam da porta fechada	1- 4	Contextualização
40	Repare que para que os sons orais saiam somente pela boca, sem passarem pelo nariz, é preciso que o palato mole toque as paredes da garganta fechando a porta	3- 4	Apreciação

41	como no som “PA” na palavra PAI	3-4	Contextualização
42	Pai	3-4	Contextualização
43	Os sons nasais, por sua vez, são aqueles que precisam da porta aberta para que o som possa sair pelo nariz. Repare que no som nasal, como acontece no “mã” da palavra “mãe”, o ar sai ao mesmo tempo pela boca e pelo nariz.	2-3- 4	Contextualização
44	Mãe	3-4	Contextualização
45	E o que acontece quando a criança nasce com fissura labiopalatina em que o céu da boca está aberto?	1	Pergunta estratégica	<p>E o que acontece quando a criança nasce com fissura labiopalatina?</p>

46	Voltaremos a comparar a boca e o nariz com a casa de dois andares	2	Apreciação
47	O bebê sem a fissura no céu da boca tem a casa com os dois andares e tem uma porta que abre e fecha.	2-3	Contextualização	SEM fissura		
48	Já o bebê com a fissura labiopalatina, tem a estrutura para uma casa de dois andares porém não têm a separação entre os dois pavimentos e também não tem a porta.	1 – 2-3-4	Contextualização	SEM fissura COM fissura		
49	Como não existe separação entre o nariz e a boca, o controle do ar e dos alimentos no bebê com fissura labiopalatina ocorre de maneira diferente do que no bebê sem a fissura.	1 – 2-3-4	Contextualização	L
50	É por meio de cirurgias que o cirurgião plástico reconstrói o palato criando a velofaringe .	3 – 4-5	Contextualização	O cirurgião plástico reconstrói o palato criando a velofaringe.

51	Geralmente, nos primeiros seis meses de vida do bebê, é realizada a cirurgia para corrigir a fissura no lábio.	-	Contextualização
52	A fissura no palato, por sua vez, costuma ser corrigida no final do primeiro ano de vida por uma cirurgia conhecida palatoplastia primária.	3 – 4-5	Contextualização
53	É por meio da palatoplastia primária, portanto, que o cirurgião plástico reconstrói o palato duro e o palato mole, criando a velofaringe que deve funcionar como uma porta.	3 -4-5	Contextualização
54	A palatoplastia primária é uma das cirurgias mais importantes para que o bebê possa aprender a falar corretamente.	3 – 4-5	Contextualização
55	O que pais e cuidadores podem fazer para favorecer o sucesso da palatoplastia?	6	Pergunta Estratégica	<p>O que pais e cuidadores podem fazer para favorecer o sucesso da palatoplastia?</p>	

56	Buscar uma equipe especializada em fissura labiopalatina, pois o tratamento é longo e envolve profissionais de diversas áreas	6	Contextualização Prática (Ação)	<p>O que fazer?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar uma equipe especializada em fissura labiopalatina; 		
57	Comparecer às consultas agendadas pelos especialistas, evitando faltas e mudanças no planejamento do tratamento;	6	Contextualização Prática (Ação)	<p>O que fazer?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar uma equipe especializada em fissura labiopalatina; 2. Comparecer às consultas agendadas pelos especialistas; 		
58	O bebê precisa estar saudável ao comparecer ao hospital para as cirurgias de forma que o tratamento possa ser feito como planejado,	6	Contextualização Prática (Ação)	<p>O que fazer?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar uma equipe especializada em fissura labiopalatina; 2. Comparecer às consultas agendadas pelos especialistas; 3. O bebê precisa estar saudável ao comparecer ao hospital para as cirurgias; 		
59	Para isto os cuidadores devem levar o bebê ao posto de saúde mais próximo de sua casa ou seja, a criança precisa ser acompanhada com frequência por um programa de saúde materno-infantil na sua cidade de origem para crescer saudável.	6	Contextualização Prática (Ação)	<p>O que fazer?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar uma equipe especializada em fissura labiopalatina; 2. Comparecer às consultas agendadas pelos especialistas; 3. Bebê saudável; 4. Levar o bebê ao posto de saúde mais próximo de sua casa. 		
60	Pois, a cirurgia não pode ocorrer se o bebê chegar doente ao hospital	6	Contextualização	<p>A cirurgia não pode ocorrer se o bebê chegar doente ao hospital!</p>		

61	Isto é, em caso de anemia, piolho, sarna, vermes, coceira ou micose, vermes, feridas na pele, machucado compus, bronquite, asma, peito chiando, tosse, gripe ou catarro, garganta ou ouvidos infeccionados, cárie dentária, vômito ou diarreia, doenças infecciosas como sarampo ou cachumba, baixo peso ou mesmo outras condições que comprometam a saúde do bebê,	6	Contextualização	<p>A cirurgia não pode ocorrer se o bebê chegar doente ao hospital!</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anemia ✓ Piolho, sarna, coceira ou micose ✓ Vermes ✓ Feridas na pele, machucado com pus ✓ Bronquite, asma, peito chiando, tosse, gripe ou catarro ✓ Garganta ou ouvido infeccionados ✓ Cárie dentária ✓ Vômito ou diarreia ✓ Doenças infecciosas (sarampo, cachumba, etc.) ✓ Baixo peso 	
62	Pois estes fatores podem interferir no resultado da cirurgia, ou seja: A cicatrização pode ficar comprometida, não ocorrendo como deve, Os pontos podem abrir, E com isso, o bebê sofre mais...	6	Contextualização	<p>Estes fatores podem interferir no resultado da cirurgia, ou seja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A cicatrização pode ficar comprometida, não ocorrendo como deve ✓ Os pontos podem abrir ✓ E com isso, o bebê sofre mais...
63	Quando pais e cuidadores percebem que o bebê está doente	6	Contextualização	<p>Se o bebê estiver doente:</p>
64	devem procurar a equipe especializada para desmarcar a cirurgia e agendar uma nova data	6	Contextualização Prática (Ação)	<p>Se o bebê estiver doente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) procurar a equipe especializada 2) desmarcar a cirurgia 3) agendar uma nova data 	
65	Compareça ao posto de saúde regularmente! Lembre-se que, na maioria das vezes, os cuidados básicos de saúde não serão oferecidos no hospital onde será realizada a cirurgia. Ou seja	6	Contextualização Prática (Ação)	<p>Compareça ao posto de saúde regularmente !</p>	

66	Um bebê saudável	6	Contextualização
67	Faz as cirurgias na data marcada	6	Contextualização
68	E tem mais chances de aprender a falar corretamente	6	Contextualização
69	E a fala ANTES da palatoplastia primária?	-	Pergunta Estratégica
70	Enquanto o bebê espera pela palatoplastia, é provável que ele comece a falar alguns sons.	2 - 4	Contextualização
71	Nestes casos, os sons orais saíam pelo nariz, uma vez que a separação entre boca e nariz ainda não foi construída. Não se assuste se escutar fala fanhosa antes da palatoplastia primária.	2 - 4	Contextualização

72	Procure um fonoaudiólogo especialista em fissura labiopalatina para receber orientações sobre como estimular a fala do bebê antes da palatoplastia primária	-	Contextualização Prática (Ação)
73	Depois de assistir a este DVD, não deixe de conversar com os profissionais que acompanham a reabilitação do bebê. Não fique com dúvidas ou vergonha de perguntar: Isto é um direito do paciente e de seus pais e cuidadores.	Conclusão	Prática (Ação)
74		Conclusão