

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

**“ASSESSORIA FONOAUDIOLÓGICA EM CASAS ABRIGO:
ATENÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DA MOTRICIDADE
OROFACIAL EM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE”**

CÉLIA DOS SANTOS SILVA

São Paulo

2009

CÉLIA DOS SANTOS SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso do curso de
Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, sob orientação da Prof. Dra. Maria Cecília
Bonini Trenche

São Paulo

2009

Dedicatória

Aos meus pais,
pela dedicação. A minha mãe por cumprir um papel magistralmente e pelo amor intenso. Ao meu pai por ser tão pai em minha vida, pelos pés no chão e pelo carinho sempre.

Agradecimentos

Ao bom Deus, a Graça de estar simplesmente viva, e de poder ter chegado até aqui. Me dando toda coragem que eu precisava para ir além dos meus limites nestes quatros anos dedicados à Fonoaudiologia e não me deixou faltar forças para ir até o final e quebrar as barreiras. Agradeço a Deus, pela vida...

À orientadora, Profa. Dra. Maria Cecília Bonini Trenche, pela paciência, cuidado e dedicação. Obrigada por ter me acompanhado desde o início da graduação. Obrigada pela supervisão no Projeto “Conviver e Aprender”. Obrigada por esses quatros anos de aprendizagem com toda certeza você é responsável por a diferenciação em meu currículo profissional que sou hoje devo a você! Você emana conhecimento.

À Profa. Dra. Zuleica Antonia de Camargo, pela paciência, cuidado e dedicação, muito obrigada pela atenção e preocupação nos momentos difíceis. Por proporcionar a minha primeira experiência como pesquisadora, obrigada pela orientação na Iniciação Científica e por ter me acompanhado nesses quatro anos. Com toda certeza você me ensinou muito compartilhando seus conhecimentos.

À Profa. Vera Teixeira (Verinha) por dispensar tamanho empenho para que eu chegasse até aqui. Muito obrigada pela atenção e preocupação nos momentos difíceis. Estimo muito carinho por ti!

À Profa. Dra. Nadir Haguiara ter viabilizado minha chegada até aqui. Obrigada por tudo.

À Profa. Dra. Lucia Arantes, pela dedicação e carinho ao ensinar compartilhado seus saberes, por acompanhar o intenso terceiro ano e proporcionar a minha segunda iniciação científica.

À todos os professores do curso de Fonoaudiologia da PUC SP. Todos são exemplos de sucesso a serem seguidos.

À Profa. Dra. Sandra Madureira e todos os docentes, discentes e funcionários do LIAAC (Laboratório Integrado de Análise Acústica e Cognição) o qual tive a oportunidade de frequentar durante a Iniciação Científica.

A todos os profissionais do Cefaquinho, em especial a Profa. Dra. Irene Marchesan pela oportunidade de poder aprimorar meus conhecimentos no Instituto e a Faga. Luciana Oliveira por acompanhar e orientar durante esta etapa.

À Valdenice (Val) e ao João pelas palavras de incentivo e apoio em todos os momentos.

A todos os meus colegas da graduação, agora companheiros de profissão, que de alguma forma ficarão marcados para sempre. Em especial à: Mariana,

Luana, Allyne, Andréia e Neury. Cada um com sua maneira de agir e pensar. Vocês me ensinaram e ensinam muito.

À Angélica pelo companheirismo em todas as horas, cuidado, pelas palavras de incentivo e compreensão, sobretudo pela intensa dedicação a nossa amizade.....você é muito especial

Ao Marcus Vinícius (Vinny) pela amizade, carinho, cuidado e companheirismo. Obrigada por acreditar que podíamos chegar aqui... nós conseguimos!

Aos meus amigos em especial: Daniela, Tony, Íris, Leandro e André, que apesar da distância que a vida nos proporcionou, apoiaram e incentivam o meu percurso acadêmico.

Aos meus pais José e Helena. Ambos serão responsáveis por cada sucesso obtido e cada degrau avançado pro resto da minha vida. Durante todos esses anos vocês foram pra mim um grande exemplo de força, de coragem, perseverança e energia infinita para nunca desistir diante do primeiro obstáculo encontrado. Vocês são e sempre serão meu maior porto seguro, meu maior exemplo de vitória, meus heróis e simplesmente aqueles que mais amo. Obrigada por estarem sempre comigo.

Às minhas irmãs Verônica e Jéssica, por encorajarem e apoiarem todas as minhas decisões. Obrigada pelo apoio, vocês são muito importante para mim.

Aos meus primos Andréia, Joelson e Vânia por terem sido os primeiros a mostrar que o caminho era difícil, mas possível. Obrigada pelo carinho.

Ao Carlos por ter investido e apoiado minhas decisões, Obrigada pelo carinho, compreensão e companheirismo. Amo você.

A todos que acreditaram que eu conseguiria chegar aqui mesmo quando todas as circunstâncias diziam que não conseguiria. Agradeço também aqueles que não acreditavam, pois me motivaram a prosseguir.

É muito bom dizer obrigada a tanta gente que, neste período, em que se é acometido de tantos surtos de tristeza, incapacidade, euforia, incerteza, cansaço, alegrias, conseguiu se manter simplesmente presente.

“Se recordo quem fui, outrem me vejo, e o passado é o presente na lembrança. Quem fui é alguém que amo. Porém somente em sonho. E a saudade que me aflige a mente. Não é de mim nem do passado visto, Senão de quem habito. Por trás dos olhos cegos. Nada, senão o instante, me conhece. Minha mesma lembrança é nada, e sinto. Que quem sou e quem fui, são sonhos diferentes”.

Ricardo Reis (Fernando Pessoa)

RESUMO

A questão que guiou este estudo surgiu de uma experiência realizada durante a graduação de Fonoaudiologia na PUC-SP, em uma Casa Abrigo da cidade de Ferraz Vasconcelos, na qual pude verificar a importância do trabalho em equipe, visando os cuidados necessários a uma infância saudável, com crianças sob riscos e vulnerabilidade social. Na experiência chamou atenção as condições nas quais ocorriam a cena alimentar das crianças e o modo como eram abordadas para a realização da higiene bucal, trazendo o questionamento sobre a correlação entre elas e possíveis alterações de desenvolvimento de órgãos fonoarticulatórios. O objetivo desse estudo é investigar possíveis correlações entre as condições das situações de alimentação e de higiene bucal e o desenvolvimento da motricidade orofacial, construindo subsídios para uma assessoria fonoaudiológica aos educadores das instituições. O estudo foi realizado em duas casas abrigos, a partir da avaliação do desenvolvimento do sistema sensório motor orofacial realizada com 30 crianças forneceu subsídios para um trabalho de assessoria aos educadores dessas instituições. Neste trabalho apresentamos o resultado desse estudo e relatamos a experiência de assessoria realizada, visando à promoção da saúde das crianças.

A assessoria nas duas casas abrigos possibilitou a mobilização do grupo em torno de algumas idéias simples: recriar as situações da cena alimentar e higiene pessoal das crianças, valorizando o diálogo e a forma de comunicação nessas e em outras situações. A experiência aponta que a metodologia usada na assessoria fundamentada no diálogo sobre situações do cotidiano possibilitou a incorporação de conhecimentos e a iniciativa dos educadores de construir um ambiente material e imaterial promotor de saúde.

Palavras chaves: Fonoaudiologia, Assessoria, Motricidade Orofacial, Instituições.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	11
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA A ASSESSORIA FONOAUDIOLÓGICA: SOBRE PROTEÇÃO SOCIAL À INFÂNCIA.....	12
METODOLOGIA.....	20
UMA CASA ABRIGO CHAMADA LAR BETÂNIA.....	22
UMA CASA ABRIGO CHAMADA ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA INOCÊNCIA ..	23
FASE 1: ESTUDO EXPLORATÓRIO: A GUIA DE CONHECIMENTOS SOBRE AS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS E DE CAPACITAÇÃO DOS EDUCADORES	25
REVISÃO DA LITERATURA ALIMENTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A MOTRICIDADE OROFACIAL E PRODUÇÃO DE FALA	25
AVALIAÇÃO	30
RELATO DA EXPERIÊNCIA: O CUIDADO E A ASSESORIA	43
AMIGOS DA INOCÊNCIA: SENSILIZAÇÃO AO CUIDADO.....	45
LAR BETÂNIA: COMPARTILHANDO SABERES	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXO 1.....	59
ANEXO 2.....	65

INTRODUÇÃO

Em 2007 ingressando no curso de Extensão Universitária denominado “Trabalho em redes de apoio sócio - educativo e de cuidado em saúde” iniciei um estágio em uma Casa Abrigo situada na cidade de Ferraz de Vasconcelos. Na instituição os estagiários desenvolviam várias ações: oficinas lúdicas, de linguagem, visitas à escola, matriciamento das equipes que lá atuavam, visitas a equipamentos de saúde e de cultura. O objetivo de muitas dessas ações era o de construir redes sociais de proteção e promoção da saúde das crianças residentes na instituição. Dentre tantos outros aspectos, tendo realizado uma disciplina eletiva que possibilitou aprofundamento de estudos sobre o desenvolvimento da motricidade orofacial, chamou atenção as condições nas quais ocorriam a alimentação das crianças e o modo como aconteciam os cuidados de higiene bucal, trazendo o questionamento sobre a correlação entre eles e as possíveis alterações de desenvolvimento de órgãos fonoarticulatórios. O enfoque do trabalho realizado na instituição era a linguagem, considerada básica para a saúde e o desenvolvimento social e escolar.

Por se tratar de instituição em que, comumente, o cuidado e atenção individual ficam extremamente limitados, em função do número de crianças que precisam ser atendidas em todas as suas necessidades básicas e por, geralmente, dispor de um número restrito de profissionais, é inevitável que se observe a complexidade e a dificuldade de se suprirem as necessidades afetivas, lingüísticas e sociais de crianças que, logo cedo, já passaram por alguma situação de trauma e rompimento em suas vidas (David, et al 2000 *apud* COSTA e NOGUEIRA 2004).

A partir da experiência realizada nesta Casa Abrigo¹ pude verificar a importância do trabalho em equipe, visando os cuidados maternos

¹ Trata-se de minha participação em um projeto social denominado “Conviver, Conversar e Aprender” desenvolvido por estudantes de fonoaudiologia e aprimorandas do curso Trabalho em Redes de Apoio Sócio - Educativo e de Cuidado em Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo coordenado pela professora Maria Cecília Bonini Trenche em uma parceria da universidade com o Escritório de Advocacia Machado e Meyer, Sendacz e Opice, financiadora de bolsas de estudo a graduandos e aprimorandos.

necessários a uma infância saudável em crianças sob riscos e vulnerabilidade social. O trabalho dos estagiários no matriciamento das equipes mostrou-se multiplicador e transformador das práticas educacionais do cotidiano da Casa Abrigo. Em 2009, estagiei em outra instituição, que embora bastante diversa da anterior, também, demandou trabalho de assessoria, visando à construção de rede de apoio sócio educativo.

Dentre os aspectos focalizados na assessoria como objeto de estudo desse Trabalho de Conclusão de Curso decide destacar a experiência de assessoria aos educadores para os cuidados com a alimentação e higiene bucal realizadas em duas instituições-Casa Abrigo.

Para realizar tal assessoria, atendendo as necessidades de cada uma das instituições, desenvolvemos um estudo preliminar sobre a relação entre aspectos do desenvolvimento do sistema orofacial com os cuidados com alimentação e com a higiene bucal das crianças abrigadas. Para tal foi aplicado um protocolo de avaliação da motricidade orofacial (descrito adiante) e com base nos seus resultados e nos subsídios que ele ofereceu, pudemos direcionar a assessoria para questões coletivas e individuais e assim buscar ajudar os educadores a olhar cada criança individualmente considerando suas necessidades e ao mesmo tempo propor ações que pudessem ser incorporadas à rotina da instituição.

Para o relato dessa experiência dividimos o trabalho em três partes. Na primeira uma breve revisão das políticas de proteção social à criança e ao adolescente, os fundamentos teórico básicos para ações dentro de uma Casa Abrigo e caracterização das instituições onde a pesquisa foi realizada. Na segunda parte apresentamos o estudo sobre o tema foco da assessoria, a revisão da literatura especializada sobre o assunto e os resultados da avaliação realizada com vistas a levantar subsídios para o trabalho. Na terceira parte relatamos a experiência de assessoria e os resultados observados. Por fim, apresentamos algumas considerações gerais sobre essa experiência.

OBJETIVOS

Promover um estudo descritivo exploratório para investigar possíveis correlações entre as condições das situações de alimentação e de higiene bucal e o desenvolvimento da motricidade orofacial, construindo subsídios para uma assessoria fonoaudiológica aos educadores das instituições.

Desenvolver a proposta de assessoria fonoaudiológica a educadores das duas casas abrigo.

Relatar e refletir sobre essa experiência.

Fundamentação Teórica para a ASSESSORIA Fonoaudiológica: Sobre proteção social à Infância

Quando iniciamos as atividades nas instituições, em 2007 no Lar Bethânia e em 2009 na Casa Abrigo Amigos da Inocência, ambas objeto dessa pesquisa, foi muito importante o estudo sobre as políticas de proteção à infância e adolescência. Essa referência possibilitou a reflexão crítica sobre o cotidiano vivido no interior de cada abrigo e ao mesmo tempo deu direcionamento ao projeto que desenvolvemos nessas instituições coerente com as políticas implementadas a partir da promulgação da Lei Orgânica de assistência Social, das Leis de Diretrizes e Bases da Educação e da implantação do Sistema Único de Saúde. Assim, ainda que de modo breve, consideramos a importância de uma retrospectiva sobre as políticas de proteção social à infância e adolescência.

A primeira legislação brasileira voltada para a questão do menor foi o código do menor de Mello Santos (Decreto Nº 17.967/27-A) que tinha por objetivo consolidar as leis de assistência e proteção ao menor de 18 anos, que vivia em situação de abandono ou eram considerados delinquentes.

O Juizado de Menores foi criado em 1923 e em 1927 foi promulgado o código de menores, que contemplava apenas aqueles tidos como estando em "situação irregular". Definidos como (menor abandonado ou delinquente, aquele com até 18 anos de idade, eram submetidos à autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas no Código de Menores - Decreto N. 17.943 A – de 12 de outubro de 1927).

Em 1942 foi criado o Serviço de Assistência ao Menor – SAM. Tratava-se de um órgão do Ministério da Justiça que funcionava como um equivalente do sistema penitenciário para a população menor de idade. O sistema previa atendimento diferente para adolescente autor de ato infracional e para menor carente abandonado.

O período entre 1945 e 1964 foi marcado pelo aprofundamento das conquistas sociais em relação à população de baixa renda e o controle da

mobilização e organização. Em 1979 foi criado o Código de Menores de 79 (Lei 6697 de 10/10/79), que reviu o código do Menor de 1927 e introduziu o conceito de “menor em situação irregular”.

Em 1964 foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Lei 4.513 de/12/64), FUNABEM com objetivo de ser uma instituição voltada à execução das políticas públicas dirigidas a infância e aos menores em situação irregular, tinha a finalidade de substituir o SAM, que não mais estava respondendo às necessidades de atendimento.

No final da década de 80, a movimentação de diferentes grupos possibilitou a criação do Fórum Permanente de Defesa da Criança e do Adolescente (Fórum DCA), em que eram discutidas questões relativas à inexistência de políticas públicas de atendimento, à democratização precária das instituições e à necessidade de reverter o quadro de abandono deste segmento da população. Um amplo debate político sobre a proteção da infância e adolescência, foi realizado, buscando subsídios legais, articulações das organizações, campanhas e debates com setores governamentais e setores da sociedade civil, pretendendo, entre outros objetivos, superar o ciclo perverso da institucionalização.

A década de 80 permitiu que a abertura democrática se tornasse realidade, materializando com a promulgação em 1988 da Constituição Federal. Nesta época, o movimento social pela infância brasileira foi também uma importante e decisiva conquista.

A constituição de 1988 e a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993 definiram a assistência social como política voltada para a proteção à família, à maternidade, ao amparo às crianças e adolescentes carentes, integração no mercado de trabalho; à reabilitação e integração de pessoas portadoras de deficiências. Entendida como uma política não contributiva, que se realiza através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, deve pautar-se pelos princípios da universalidade da cobertura do atendimento e da seletividade e distribuição na prestação dos benefícios e serviços.

Em 1990 com a promulgação da ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente – 8.069/90), tornou-se estável uma grande conquista da sociedade brasileira com a produção de uma documentação que contempla o que existe de mais avançado na normativa internacional a respeito dos direitos da população infantil - Juvenil, afirmando que toda criança tem direito à vida familiar.

O ECA concebe as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. A ação pedagógica respaldada pela liberdade no direito à convivência familiar e comunitária é priorizada. A criança ou adolescente é colocado a salvo de toda sorte de violência. “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão [...]” (art. 5 ECA, 1990).

Em 1992 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Este órgão é responsável pela formulação de políticas públicas e a destinação de recursos destinados ao cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Sua constituição se dá de forma paritária entre membros do governo e membros da sociedade civil organizada.

Em 1993 a Lei Orgânica de assistência Social apresentou um novo modelo de assistência social como uma Política de Proteção Social que, em 2005, se materializou em todo o País através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O SUAS trabalha com os seguintes princípios: a) matriciamento familiar, resgatando a família como núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social; b) territorialização, reconhecendo a presença de múltiplos fatores sociais e econômicos que levam a uma situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social, exigindo um novo modelo de gestão social que se fundamente na descentralização e intersetorialidade; c) da hierarquização dos serviços por grau de complexidade

A partir da promulgação e ratificação de instrumentos legais, como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) , o Brasil dá início ao “sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente”, ou seja, uma rede de normas legais e instâncias públicas e privadas não governamentais a serviço da promoção e proteção dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes brasileiros.

De acordo com o ECA e a LOAS o abrigo é uma medida de proteção integral e especial, provisória e excepcional, para crianças em situação de risco social e pessoal. A entrada da criança no abrigo implica a abertura de um processo judicial, o afastamento (provisório ou não) da convivência familiar e a passagem da guarda provisória dela para o dirigente do abrigo.

Segundo o art. 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o abrigamento é uma medida de proteção aplicada sempre que os direitos de cidadania forem ameaçados ou violados, por negligência dos cuidadores e falta de cuidados básicos para a sobrevivência, alcoolismo, drogas, violência, maus tratos, abandono e orfandade.

Desse modo o objetivo das casas abrigos é acolher crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, abandono e situação de risco, visando à promoção e desenvolvimento de suas potencialidades, resgate da cidadania, auto-estima e reintegração no núcleo familiar, promover e efetivar os direitos assegurados no ECA.

Para Seda (2001) a casa abrigo é última forma de proteção prevista pelo ECA, para que nenhuma criança e adolescente fique na rua ou sem nenhum responsável civil que o assista e o eduque.

As políticas de abrigamento atualmente estão sob responsabilidade municipal. Segundo Galheigo (2003) as casas abrigo devem oferecer um ambiente com características familiares, ter número pequeno de abrigados; com cuidadores suficientes, com perfil e preparação técnica adequada, para

assegurar o desenvolvimento pleno, e a formação de identidade, o respeito à individualidade.

Segundo Guará (2006), os parâmetros legais definiram o abrigo como uma instituição de caráter residencial para pequenos grupos de crianças e adolescentes. Ao contrário da antiga FEBEM, os abrigos têm passado por reforma, de forma que muitos transformaram grandes ambientes em pequenos quartos; outros diminuíram o número de atendimentos ou fecharam, porém ainda existem muitas instituições que se mantêm como grandes instituições, seja porque acreditam na eficácia do modelo, sejam porque não tiveram condições de alterar seu atendimento. As mudanças preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), subjaz a indicação de que as alterações de estrutura devem vir acompanhadas de um novo programa socioeducativo, e que elas não devem se ater apenas à redução do porte das instituições.

Um programa de acolhimento institucional para um pequeno grupo deve ser capaz de contemplar a complexidade das questões que envolvem a responsabilidade de educar e proteger crianças e famílias, que se encontra em situação de grande vulnerabilidade e sofrimento (GUARÁ, 2006).

Para isso as casas abrigos devem ser estruturadas de modo que ofereçam instalações físicas adequadas; atendimento personalizado em grupo de acordo com a faixa etária;

- Preservando e restabelecendo os vínculos familiares;
- Oferecendo vestuário, alimentação, atendimentos médico, odontológico, psicológico e social de acordo com a faixa etária;
- Fazendo acompanhamento efetivo às famílias dos abrigados;
- Providenciando a documentação necessária para o exercício da cidadania;
- Avaliando os processos periodicamente e mantendo a autoridade competente informada do andamento dos casos dentro da Instituição;

- Propiciando atividades de esporte, lazer e cultura;
- Procedendo à avaliação psicológica e social de cada caso.

(Guará 2006)

Complementamos a proposição de Guará, afirmando que crianças abrigadas por suas histórias e condições peculiares precisam que as instituições capacitem seus profissionais para uma atenção integral, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem e à prática do diálogo dos adultos com as crianças e entre elas. O diálogo do cotidiano nas Casas Abrigo tem um papel importante na formação das crianças e pode potencialmente levá-las a ressignificar experiências e atitudes.

Winnicott *apud* Costa e Nogueira (2004) afirma que não é possível oferecer à criança algo tão bom quanto o contato familiar. Pode-se, somente, oferecer-lhe um lar substituto. Tal afirmação coloca-nos uma questão fundamental ao pensarmos nas possibilidades de formação e de constituição psíquica e lingüística de crianças abrigadas. Uma vez separadas de suas famílias, deve-se pensar no que vem pela frente, no que lhes resta como alternativa e, nesse sentido, o papel da instituição de abrigo em relação a crianças que já sofreram, logo no início da vida, estabelecendo rompimentos afetivos é fundamental.

Por um lado, a função da pessoa que cuida da criança pode ser decisiva, no sentido de contribuir para que ela possa se adaptar e continuar a se desenvolver de forma saudável, ainda que se encontre separada da família. Por outro, um cuidado desqualificado pode resultar em desumanização e contribuir para que sua adaptação e possibilidades de desenvolvimento e estruturação psíquica fiquem profundamente prejudicadas (COSTA e NOGUEIRA 2004).

As possibilidades de reparação e reestruturação estão diretamente ligadas ao trabalho desenvolvido pelas educadoras, uma vez que são essas

profissionais que passam a maior parte do tempo com as crianças, sendo responsáveis pelo seu dia-a-dia, por sua rotina, acompanhando-as diretamente em seu desenvolvimento, brincadeiras, interações. São elas que observam e estão em contato direto com as reações, comportamentos, demonstrações de angústia, ansiedade, alegria e dificuldades das crianças.

Tal cuidado pode ser observado mais diretamente nos momentos de rotina e do dia-a-dia da instituição, envolvendo banho, higiene, alimentação, repouso, brincadeiras. Em segundo lugar, compreender como se dá a relação afetiva entre a mãe social e a criança, relação que se estabelece nos momentos da realização dos cuidados, assim como nos momentos de lazer, de jogos e durante as diferentes atividades desenvolvidas pela criança e acompanhadas por essa profissional ao longo da rotina institucional (Costa e Nogueira 2004).

No contexto familiar, a criança tem diversas oportunidades de interação com o adulto. No contexto de um abrigo, os contatos com o adulto se fazem prioritária ou basicamente, nos momentos de cuidados, tais como durante o banho, a alimentação, a troca de vestimenta.

Então, nos abrigos, esses momentos de cuidados, que em qualquer contexto, já são extremamente importantes, ganham relevância ainda maior.

Verificou-se no trabalho nessas instituições a importância do trabalho em equipe visando os cuidados maternos necessários a uma infância saudável em crianças sob riscos e vulnerabilidade social. Dentre esses cuidados destacam-se aqueles que podem contribuir com o desenvolvimento da linguagem e do sistema motor oral, como os cuidados com a alimentação e com a higiene bucal.

A partir dessa questão começaram as observações do ambiente onde eram oferecidas as refeições e a maneira como o educador abordava com as questões de alimentação e de higiene bucal das crianças em cada uma das instituições.

É importante ressaltar que as intervenções ocorreram de forma diferente para cada uma das instituições, pois conforme previsto na metodologia, a proposta era realizar um estudo exploratório para direcionar a assessoria a realidade local atendendo as especificidades de dinâmica de cada instituição.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado com base na metodologia da pesquisa ação e compreendeu três fases:

Na primeira fase - foram realizadas observações das crianças em situações de alimentação e de higiene bucal das duas instituições e, concomitantemente, foram realizadas avaliações do desenvolvimento do sistema sensorio motor oral das crianças de ambas as instituições. Em um estudo descritivo exploratório procurou-se investigar possível correlação entre as condições das situações de alimentação e de higiene bucal e o desenvolvimento do sistema sensorio motor orofacial de crianças em situação de abrigo em duas instituições de Casa Abrigo.

Foram avaliadas 30 crianças de quatro a dezessete anos de idade, de ambos os sexos. Essas crianças são internas de dois abrigos: um situado na cidade de São Paulo, na Zona Oeste da cidade e o outro na cidade de Ferraz de Vasconcelos. A escolha das instituições se fez em função do acesso facilitado. O trabalho teve início após autorização dos responsáveis das instituições².

Nessa etapa foi realizada avaliação (nos meses de agosto e setembro de 2009) em todas as crianças das duas instituições que se encontravam na faixa entre quatro e dezesseis, por meio da aplicação do protocolo ³MBGR adaptado com escores na área de motricidade orofacial (Anexo 1). Foram referidos os procedimentos metodológicos exigidos para a aplicação do protocolo.

² Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob protocolo nº163/09, (Anexo 2)

³ GENARO KF, Berretin-Felix, Rehder MIBC, Marchesan IQ - Avaliação Miofuncional Orofacial – PROTOCOL; MBGR *Orofacial myofunctional evaluation – MBGR Protocol* Rev. CEFAC. 2009 Abr-Jun; 11(2):237-255

Na segunda fase- os dados colhidos durante as avaliações foram correlacionados com as observações de situações de alimentação e de higiene bucal e realizado o planejamento da assessoria aos educadores de ambas as instituições.

Na terceira fase - foi realizada a assessoria, feita por meio de oficinas e rodas de conversa, que tinha por objetivo a) sensibilizar os educadores para a discussão sobre as situações de alimentação e higiene pessoal das crianças vividas no cotidiano institucional; b) problematizar tais situações; c) criar condições para a instalação de um trabalho de equipe (relação horizontal e complementar entre seus membros); d) valorizar saberes e fazeres de cada profissional; f) constituir metas para transformar essas situações em momentos de trocas e de diálogos; g) instalar a prática de discussão de casos, como espaço de elaboração de projetos de cuidado a cada criança de acordo com suas necessidades. Ressalte-se que a metodologia da problematização⁴, visto que esta metodologia favorece a reflexão acerca de uma realidade concreta, com seus conflitos e contradições.

A reflexão sobre a repercussão das oficinas e rodas de conversas propostas como metodologia da assessoria foi feita a partir da observação da pesquisadora das situações na própria assessoria e no cotidiano da casa abrigo. Também foram colhidos depoimentos dos educadores participantes durante as atividades de assessoria. Com base nesse material, passou-se à última etapa dentro dessa fase que foi realizar o relato da experiência procurando destacar os aspectos importantes desse processo considerando a relação teoria e prática.

⁴ Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública 2004, 20(3): 780-8.

Uma casa abrigo chamada Lar Betânia

Uma das casas abrigos onde foi realizada a pesquisa é a Obra Filantrópica e Missionária de Assistência Social “Betânia” Lar da Criança, que atende crianças e adolescentes de zero a dezessete anos e onze meses, em regime de abrigo, encaminhados pelo Conselho Tutelar e Poder Judiciário do Município. Essa instituição administra a “Casa Transitória” localizada no centro do município de Ferraz de Vasconcelos e acolhem em regime de abrigo e caráter provisório crianças e adolescentes do município, vítimas de maus tratos e risco social, visando à promoção e desenvolvimento de suas potencialidades, resgate da cidadania, auto-estima e reintegração no núcleo familiar, observando os direitos e garantias estabelecidas no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

A casa onde o abrigo “lar Betânia” esta instalado possui uma estrutura física de grande porte, é dividida em quatro grandes quartos, três salas de televisão e uma cozinha com refeitório. Possui uma quadra de esporte na frente da casa aos fundos um jardim estruturado com brinquedos (balanço, gangorra, etc.).

Durante a estadia no abrigo, as crianças e adolescentes recebem atendimento psicossocial, pedagógico, e participam de todas as atividades desenvolvidas pela instituição e comunidade.

A Casa Abrigo encontra-se numa região onde grande parte da população apresenta baixo poder aquisitivo. As residências próximas são simples, muitas delas bastante precárias. Paralelamente à rua do abrigo existe uma avenida comercial onde se encontram lojas diversas, prefeitura, supermercado, praças arborizadas entre outros.

Uma casa abrigo chamada Associação Amigos da Inocência

A casa abrigo Associação Amigos da Inocência (AAI) foi criada em julho de 2007, é uma entidade sem fins lucrativos, situada na região da Vila Leopoldina, região Lapa/ oeste da cidade de São Paulo. Resultado da união de um grupo de amigos que objetivam um novo ideal e perspectiva de vida para crianças e adolescentes, a casa abriga crianças de zero a dezessete anos encaminhadas pelo Conselho Tutelar e Vara da Infância e Adolescência da região, vítimas de maus tratos, negligência e situação de risco social.

Está localizada em área residencial na qual grande parte da população apresenta poder aquisitivo médio. A região apresenta contrastes quanto ao poder aquisitivo, tendo em sua região comércios e apartamentos de médio e alto padrão e, ao mesmo tempo, favelas.

Há um quintal pequeno na frente da casa e um corredor estreito com acesso aos fundos e a uma sala de estudos na parte superior. A sala de estudos é um local agradável com um computador, alguns livros, fitas de vídeo e poucos brinquedos.

Para desenvolver cada vez mais trabalhos focados na educação e por vezes a reabilitação da criança e adolescente na sociedade, a associação conta com o apoio de pessoas, entidades e empresas.

No estatuto da instituição estão definidos alguns princípios e metas. Em relação à:

educação- todas as crianças e jovens que estiverem abrigados serão matriculados em escolas públicas e creches circundantes a casa na Vila Leopoldina;

saúde -os abrigados terão acompanhamento com psicólogos, pediatras e médicos específicos quando necessário (oftalmologista, odontologista, ginecologista, dentre outros) *moradia*- a casa é mantida de forma sustentável, em perfeitas condições de moradia para as crianças e adolescentes, com

espaços adequados para acomodar todos na hora do sono, da alimentação, da recreação, da higiene pessoal, dentre outros;

lazer- por meio de oficinas de cultura, esportes e atividades desenvolvidas por funcionários e voluntários, existe o comprometimento com o desenvolvimento do lado lúdico dos abrigados.

As crianças terão garantia de educação, orientação e cuidados para higiene básica e alimentação balanceada e de qualidade.

A instituição procura também fazer convênios com instituições, tais como SESI, igrejas e órgãos públicos, quando estes tenham espaço e programações de lazer, esporte e cultura.

A experiência do trabalho, realizado a partir do curso de extensão universitária, nessas instituições mostrou uma grande distância entre o que os estatutos propõem e o que de fato acontece. A realidade das casas abrigo coloca muitos desafios. As crianças precisam de um trabalho disciplinado e sistemático para resignificarem a prática do sentir, pensar, falar e agir. Os educadores precisam de formação para serem assertivos. A instituição precisa fomentar o trabalho em equipe para fugir da fragmentação e fazer com que as pessoas que lá permanecem, saibam agir considerando sentimentos e emoções, acolhendo educando, interagindo, dialogando, interligando uma atitude ou gesto com uma história de vida. Estes princípios nem sempre são bem compreendidos. Muitas atitudes são norteadas por visão assistencialista quando deveria pautar-se na noção de cidadania, de direitos e não de caridade. Mas, por outro lado, cumprem papel importante de proteção e como são ainda estruturas que precisam ser trabalhadas (profissionalizadas) nelas pequenas ações ou atitudes podem se multiplicar e potencializar grandes transformações. Com pequenos gestos é possível construir vínculo, gerar compromisso, qualificar o cuidado. Foi nessa perspectiva que caminhamos na construção do trabalho da fonoaudiologia em instituições de proteção à infância, nessa experiência que relatamos.

Fase 1: Estudo Exploratório: a guisa de conhecimentos sobre as necessidades das crianças e de capacitação dos Educadores

Para dar início ao projeto procedemos a uma revisão da literatura, na busca de respaldo teórico para o trabalho que nos propúnhamos realizar. Desse modo, a seguir apresentamos ao leitor uma breve revisão dos estudos sobre motricidade orofacial e alimentação, que nortearam a intervenção.

Revisão da literatura Alimentação e sua relação com a Motricidade Orofacial e Produção de Fala

Para dar início ao projeto procedemos a uma revisão da literatura, na busca de respaldo teórico para o trabalho que nos propúnhamos realizar. Desse modo, a seguir apresentamos ao leitor uma breve revisão dos estudos sobre motricidade orofacial e alimentação, que nortearam a intervenção.

As transformações de ordem econômica, social e demográfica, pelas quais passou a sociedade brasileira, vêm afetando, consideravelmente, o perfil de crianças e adolescentes, com relação aos hábitos alimentares.

A refeição é um exemplo de atividade na sociedade contemporânea que acaba sendo /prejudicada, pois nem sempre buscamos qualidade ao se alimentar, e, como consequência, hábitos incorretos são desenvolvidos. O autor refere que, frequentemente, se consome alimentos pastosos do tipo “*fast-food*” que não exigem a função mastigatória acentuada pela sua consistência mole. Outras vezes, os indivíduos alimentam-se apressadamente desempenhando outras atividades ao mesmo tempo, sem sentir o sabor, textura ou consistência dos alimentos (Antunes, 1999).

A alimentação envolve várias esferas do comportamento humano com implicações culturais – cada comunidade tem seus costumes alimentares. O contexto social desempenha forte influência sobre as preferências de uma comunidade ou família, desde idade bem precoce e essas escolhas são influenciadas, sobretudo, pelo sabor do alimento juntamente com a percepção do cheiro, textura e aparência (Gião, Perissinoto, Souza, 2004),

A oferta de diferentes texturas de alimentos tem grande relevância no que diz respeito ao desenvolvimento do sistema estomatognático, isto é, com a adequação dos padrões motores para as diversas funções que este executa. A consistência da alimentação atual vem se diferenciando a cada dia, minimizando a ação da mastigação e, assim, podendo provocar modificações anatomofisiológicas e aumentar as possibilidades de perturbações em todo esse sistema (Antunes; 1999; Marchesan; 2003).

Bianchini, Pena, Pereira (2000) apontam achados concordantes com estudos salientando que a mastigação de alimentos duros e consistentes seria responsável pelo desenvolvimento das dimensões dos ossos maxilares por estimular o crescimento ósseo, evitando apinhamento dentário, enquanto a textura amolecida dos alimentos e a conseqüente diminuição da força mastigatória poderiam levar a alteração anatômica do sistema estomatognático, inclusive da oclusão.

Alimentos de maior consistência permitem um maior exercício do aparelho mastigatório, enquanto que dietas mais pastosas requerem menor esforço muscular, menor desgaste dentário e são possíveis coadjuvantes de má oclusão (Marchesan 2003).

Diversos autores apontam a importância do hábito alimentar e acreditam que um alimento consistente provoca um desgaste e movimento dos dentes, o que possibilita uma oclusão dinamicamente equilibrada. Referem que as propriedades mecânicas do alimento são um referencial importante para a diferença quantitativa da atividade muscular entre o lado de balanceio e o lado de trabalho. A consistência da alimentação está se tornando cada vez mais mole. Esse tipo de alimento solicita apenas movimentos de abertura e

fechamento da mandíbula, deixando de excitar as partes deslizantes das articulações temporomandibular ATM, além de inibir movimentos de lateralidade, trabalho e balanceio. Em decorrência podem levar ao estabelecimento de mal oclusões (Magnani 2001).

Dentro das alterações atribuídas a uma mastigação não adequada estão: crescimento e desenvolvimento facial inadequado, mal oclusão, deficiência da musculatura oral, deglutição atípica, problemas na fala, maus hábitos, diminuição do número de dentes, menor tamanho dos ossos maxilares e lábios abertos (Marchesan; 1998).

A função mastigatória propicia a estabilidade da oclusão, o equilíbrio muscular e ósseo, sendo essencial na prevenção dos distúrbios miofuncionais, pois estimula a musculatura orofacial, contribuindo assim para harmonia facial. Alguns indivíduos preferem alimentos umidificados e de consistência mais mole, pelo fato de não precisarem de trituração antes da deglutição. É que a estimulação à criança pequena na mastigação alimentos duros tem como finalidade de preparar a musculatura orofacial para os movimentos precisos e coordenados, para uma boa a deglutição madura e para a fala (Silva et al 2004).

A deglutição como uma atividade neuromuscular complexa e integrada de uma grande área do tronco encefálico (centro da deglutição), passa do padrão infantil, ou visceral, para o padrão adulto por meio de mudanças das consistências alimentares dadas a crianças e que por sua vez à mastigação. Considerada a principal função do sistema estomatognático, tem por objetivo fragmentar os alimentos em partículas menores que se ligam entre si pela ação misturadora da saliva, resultando dessa forma o bolo alimentar, pronto para ser deglutido. Sendo assim o ato mastigatório promove uma ação bacteriana sobre os alimentos fragmentados, proporcionando a força e a função para o desenvolvimento normal dos ossos maxilares e se relaciona com a manutenção de dentes, a estabilidade da oclusão e o estímulo funcional (Ducat, Oliveira, Krakauer, Assencio-Ferreira, 2001).

O tônus é o aspecto mais prejudicado pela alimentação predominante de consistência pastosa (Marchesan, 1998). Em pesquisa realizada, a autora foram observados como indicadores de diminuição de tônus: boca aberta, língua entre as arcadas e ceceio anterior.

O equilíbrio da função mastigatória é alcançado quando o alimento é alternado em ambos os lados da boca, intercalando assim, o período de trabalho e de repouso, com um número equivalente de ciclos mastigatórios e a presença de movimentos predominantemente unilaterais tem como consequência a assimetria funcional dos músculos e dos movimentos mandibulares. Crianças com cáries e perdas dentárias podem diminuir a ingestão e a mastigação de alimentos que exigem corte e trituração, influenciando na atividade da musculatura orofacial (Amaral 2000).

Desta forma o ato de mastigar é importante para que as funções de deglutir e falar sejam bem desempenhados, pois se não há uma boa preparação dos órgãos fonoarticulatórios, pode ocorrer certa flacidez da musculatura da língua, podendo dificultar, dessa maneira, a articulação dos sons.

A articulação dos sons está relacionada ao desenvolvimento e à maturação do sistema miofuncional oral e às demais funções neurovegetativas de respiração, sucção, mastigação deglutição (Ducat, Oliveira, Krakauer, Assencio-Ferreira, 2001).

Para Lima et al. (2006), a alimentação desempenha um papel importante para o desenvolvimento da criança. Segundo as autoras quando é oferecida a oportunidade da própria criança escolher a quantidade de alimento que ela irá comer, lhe é fornecida a ajuda para que ela possa estabelecer um forte alicerce de autonomia e auto-regulação; essas duas características são fatores fundamentais para hábitos alimentares saudáveis.

Palladino, Cunha, Souza (2007) em estudos realizados com base na análise clínica e de investigação de natureza quanti-qualitativa, aborda relação entre distúrbios da alimentação e de linguagem oral. Os autores buscam identificar possível correlação entre esses distúrbios, com base na relação de

implicação estrutural, considerando as pressupostas as influências recíprocas entre linguagem, corpo e psiquismo. Destacando a co-ocorrência dos problemas de linguagem e transtornos alimentares, ressaltando que tal achado não é mera coincidência, pois, ambos os distúrbios configuraram-se como transtornos da oralidade, evidenciados em 100% da população estudada. Os autores apontam que nos 35 casos com base na análise de dados de entrevistas, avaliações de linguagem (em contexto lúdico) e em avaliações da motricidade oral e da deglutição, vários tipos de distúrbios foram constatados, como: problemas de linguagem oral; ausência de oralidade e alterações na linguagem oral (dificuldades de elaboração discursiva e distúrbios fonológicos); problemas alimentares: disfagia (com alterações em uma ou mais fases da deglutição, com e sem refluxo gastroesofágico); deglutição atípica (nos casos em que tal disfunção pode ser associada a perturbações nas rotinas alimentares); obesidade ou sobrepeso; anorexia e desnutrição e idiosincrasias nos rituais de alimentação.

Compartilhando a preocupação dos autores acima, procuramos durante o processo de planejamento da assessoria, conhecer a realidade de cada instituição buscando conhecer os objetivos e a dinâmica de cada uma das instituições. Para aprofundar as observações feitas no decorrer das ações realizadas pelo projeto “Conviver e Aprender” e o projeto de ⁵Acessória aplicamos o protocolo MBGR, e fizemos com ele uma análise dos principais tópicos a serem trabalhados na acessória.

A seguir apresentamos os resultados da aplicação do protocolo MGBR.

⁵ “ASSESSORIA FONOAUDIOLÓGICA EM CASAS ABRIGO: ATENÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DA MOTRICIDADE OROFACIAL EM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE”

AVALIAÇÃO

A partir dos dados coletados na pesquisa, por meio de observações e aplicação do protocolo MBGR, foram levantados dados que apontaram diversas alterações no desenvolvimento que podem ser diretamente relacionadas aos hábitos alimentares e cuidados com atenção a saúde.

O quadro abaixo apresenta a descrição dos dados levantados bem como sexo e idade de cada criança avaliada:

Quadro1 : Dado da população avaliada e achados do protocolo.

Sexo	Idade	Achados
Feminino	10 anos	Respirador oral/ distúrbio fonético / hipotonia funcional (lábios, bochecha e língua)/ Questões alimentares / higiene bucal.
Masculino	17 anos	Distúrbio fonético / hipotonia funcional (bochecha e língua) / higiene bucal/ Questões alimentares
Masculino	5 anos	Questões alimentares / Respirador Oral/ distúrbio fonético/ higiene bucal/ hipotonia funcional (lábios, bochecha e língua).
Masculino	16 anos	Higiene bucal/ Questões alimentares / hipotonia funcional (lábios, bochecha e língua)/ Questões alimentares.
Feminino	14 anos	Higiene bucal/ Questões alimentares / hipotonia funcional (lábios, bochecha e língua).
Feminino	17 anos	Questões alimentares / deglutição*
Feminino	10 anos	Distúrbio fonético/ mobilidade de língua*
Feminino	14 anos	Higiene bucal/distúrbio fonético/ Questões alimentares
Feminino	12 anos	Nada relevante
Masculino	11 anos	Higiene bucal
Feminino	15 anos	Higiene bucal*
Masculino	7 anos	Hipotonia funcional (lábios, bochecha e língua)/

		Respirador oral/ Questões alimentares / higiene bucal
Masculino	11 anos	Higiene bucal/ Questões alimentares / distúrbio fonético
Masculino	11 anos	Hipotonia funcional (bochecha e língua)/ Questões alimentares /anteriorização de língua
Feminino	6 anos	Respirador oral/ dificuldade de nomeação/ distúrbio fonético/ higiene bucal/ Questões alimentares
Feminino	10 anos	Respirador oral/ Questões alimentares / hipotonia funcional(bochecha e língua) / distúrbio fonético/
Feminino	14 anos	Hipotonia funcional(lábios e bochecha) / Respirador oral/ distúrbio fonético
Feminino	11 anos	Questões alimentares / hipotonia funcional(lábios, bochecha e língua) / distúrbio fonético/ higiene bucal /Respirador oral
Feminino	13 anos	Hipotonia funcional(lábios, bochecha e língua) / higiene bucal falha dentaria/ Respirador oral/ Questões alimentares.
Masculino	9 anos	Respirador oral/ problema de mastigação / Questões alimentares / distúrbio fonético/ hipotonia funcional(lábios, bochecha e língua)
Feminino	12 anos	Distúrbio fonético/ higiene bucal
Masculino	8 anos	Higiene bucal/ dificuldade de nomeação distúrbio fonético
Masculino	16 anos	Distúrbio fonético
Feminino	16 anos	Hipotonia funcional (bochecha)/ higiene bucal
Feminino	16 anos	Questões alimentares / hipotonia funcional (lábios, bochecha e língua) / Respirador oral.
Feminino	10 anos	Questões alimentares / higiene bucal
Masculino	11 anos	Higiene bucal
Feminino	13 anos	Higiene bucal/ hipotonia funcional (Respirador oral) / Questões alimentares /

		distúrbio articulatório*
Feminino	16 anos	Higiene bucal/ hipotonia funcional(lábios, bochecha e língua) / Questões alimentares / distúrbio de linguagem/ Respirador oral
Masculino	4 anos	Hipotonia funcional(lábios, bochecha e língua) / Questões alimentares/Respirador oral

Após as avaliações, organizamos os dados em uma ficha considerando se a criança havia apresentado um ou mais problemas relativos ao tônus dos órgãos fonoarticulatórios, distúrbio de fala (fonético) e de linguagem, questões de problemas de alimentação e de higiene bucal. Esse levantamento possibilitou analisar o coletivo das crianças de modo geral e específico de cada instituição. A assessoria foi realizada com base nos dados levantados objetivando a promoção da saúde por meio de cuidados com as crianças durante as cenas alimentar e situações de higiene. Foram trabalhadas não só noções sobre condições para um desenvolvimento da motricidade orofacial, mas também aspectos do diálogo e dos processos simbólicos construídos nessas situações enquanto cuidados maternos.

Foram tabulados em forma de gráficos os dados relevantes da avaliação realizada em ambas as instituições das quais dez eram da casa abrigo “Amigos da Inocência” e vinte da casa abrigo “Lar Betânia”. Cerca de dez crianças foram encaminhadas para especialistas (otorrinolaringologista e, fonoaudiólogo), mas tendo em vista nossos objetivos as avaliações tinham por objetivo orientação para as mudanças no coletivo institucional. Assim, a partir do conhecimento produzido, foram realizadas as orientações aos educadores durante as rodas de conversas. Para se ter uma dimensão das questões avaliadas reunimos os resultados obtidos nas avaliações feitas nas duas instituições.

Figura 1: percentual dos achados das crianças avaliadas na casa abrigo "Lar Betânia".

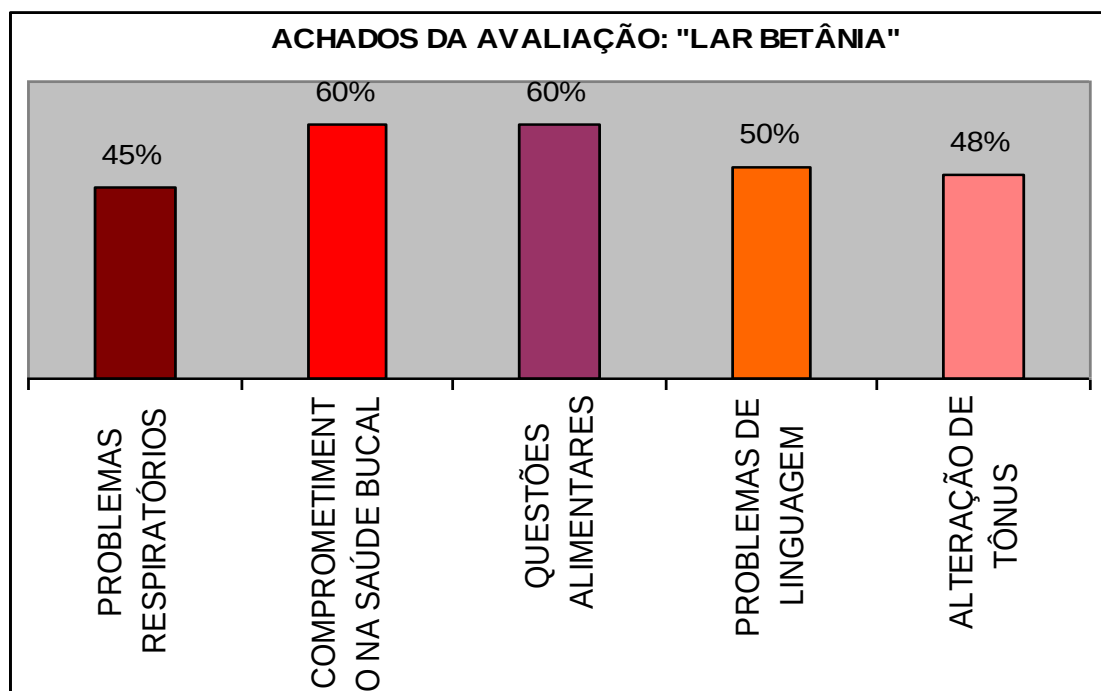
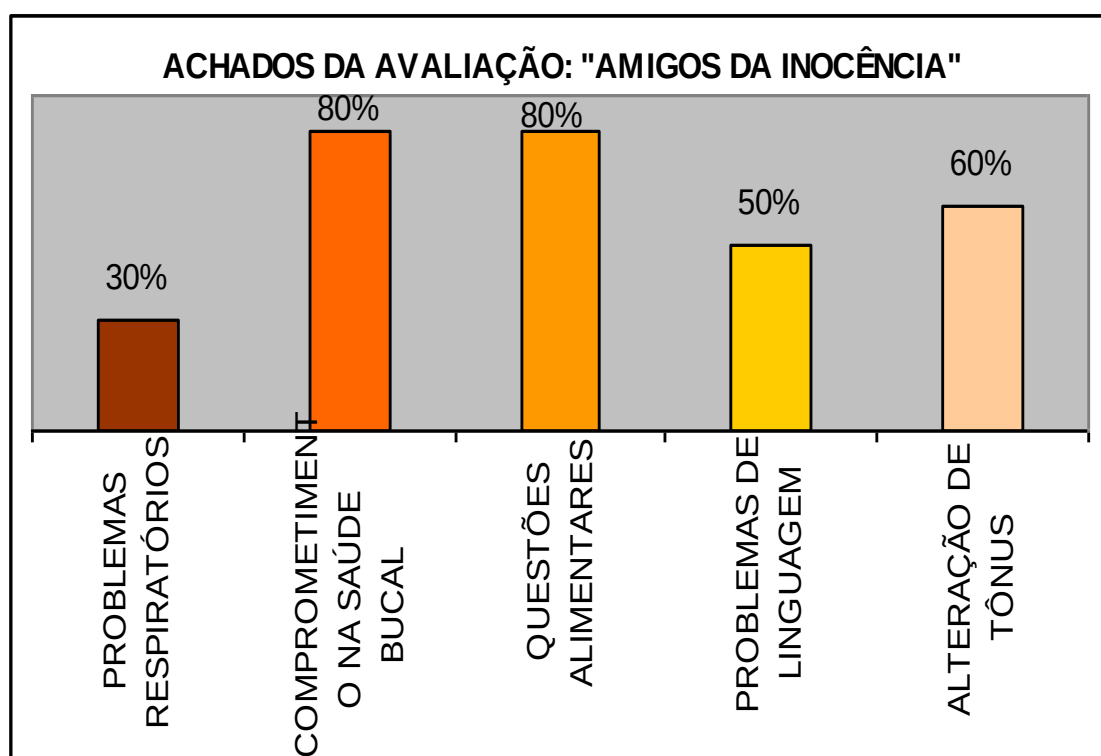


Figura 2 - percentual dos achados das crianças avaliadas na casa abrigo "Amigos da Infância".



De acordo com as avaliações e as observações realizadas durante a pesquisa, foram identificados problemas de respiração oral como orgânicos ou viciosos orgânicos. Algumas crianças apresentaram alguma patologia que leva ao padrão respiratório oral, como, por exemplo, aumento das tonsilas, hiperfunção da musculatura oral, alergias respiratórias, desvio de septo nasal e outros.

É possível observar na Figura 1 que na casa abrigo “Lar Betânia” foi encontrado um índice de 45% de crianças que apresentam algum tipo de problema relativo à respiração. Já na casa abrigo “Amigos da Infância”, pôde-se observar na Figura 2 que foi encontrado um índice de corresponde de 30% das crianças avaliadas que apresentam algum tipo de problema respiratório.

Aprofundando esses dados, das crianças avaliadas em ambas as instituições com problemas respiratórios e alterações de tônus associados encontrou-se um percentual de 37%, assim como mostra a Figura 3.

Figura 3 - percentual geral de crianças avaliadas com problemas respiratórios e alteração de tônus.



MARCHESAN (1998) argumenta que a relação entre a respiração oral e o desenvolvimento craniofacial, que pode ter seu maior crescimento nos dez primeiros anos de vida, pode ocorrer por hiperfunção da musculatura da face e/ou desproporções ósseas, como por exemplo, na face longa ser responsável pelo aparecimento de alterações corporais, de função oral e alterações dos órgãos fono articulatórios. Segundo a autora as alterações estão descritas da seguinte forma:

- **Alterações Corporais:** deformidades torácicas; musculatura abdominal flácida e distendida; olheiras com assimetria de posicionamento dos olhos, olhar cansado; cabeça mal posicionada em relação ao pescoço trazendo alterações para a coluna no intuito de compensar este mau posicionamento; ombros rodados para frente comprimindo o tórax; alteração da membrana timpânica, diminuição da audição; face assimétrica, visível principalmente em bucinador; indivíduo sem cor, muito magro, às vezes obeso;

- **Alterações das Funções Oraís:** mastigação ineficiente levando a problemas digestivos e engasgos pela incoordenação da respiração com a mastigação; deglutição atípica com ruído, projeção anterior da língua, contração exagerada de orbicular, movimentos de cabeça; fala imprecisa com articulação trancada e excesso de saliva; fala sem uso do traço de sonoridade pelas otites freqüentes com alto índice de ceceo anterior ou lateral; voz com hiper ou hiponasalidade, ou rouca;

- **Alterações dos Órgãos Fono Articulatórios:** hipotrofia, hipotonia e hipofunção dos músculos elevadores da mandíbula; alteração de tônus com hipofunção dos lábios e bochechas; alteração do tônus da musculatura supra hióidea; lábio superior retraído ou curto e inferior invertido ou interposto entre dentes; lábios secos e rachados com alteração de cor; gengivas hipertrofiadas com alteração de cor e freqüentes sangramentos; anteriorização da língua ou elevação de seu dorso para regular o fluxo de ar; propriocepção bucal alterada;

- **Outras Alterações Possíveis:** sinusites freqüentes, otites de repetição; aumento das amídalas faríngea e palatinas; halitose e diminuição da percepção do paladar e olfato; maior incidência de cáries; Classe II, *over jet*,

mordida cruzada e ou aberta; freqüente protrusão dos incisivos superiores; alteração do sono, ronco, baba noturna, insônia, expressão facial vaga; redução do apetite, alterações gástricas, sede constante, engasgos, palidez, inapetência, perda de peso com menor desenvolvimento físico ou obesidade; menor rendimento físico, incoordenação global, com cansaço freqüente; agitação, ansiedade, impaciência, impulsividade, desânimo; dificuldades de atenção e concentração, gerando dificuldades escolares;

As orientações da autora contribuíram para a realização das avaliações e posteriormente para as assessorias. Para auxiliar as educadoras a identificar problemas de respiração oral foram tiradas fotos.

Figura 4 – Fotografia de criança, exemplo de alteração de tônus, olheiras com assimetria de posicionamento dos olhos, olhar cansado; lábios ressecados de criança avaliada.



Com base nas informações descritas na literatura, a questão da respiração foi abordada durante os encontros com os educadores de ambas as instituições.

Os educadores receberam orientações possibilitando que identifiquem no dia - dia das crianças sinais que possam ser indícios de problemas respiratórios, para que, uma vez observado, e se atentando ao fato, evitar a ocorrência de que o quadro agrave. Evitando assim um diagnóstico tardio, pois identificando pequenas alterações na rotina das crianças o educador estará mais atento para procurar um especialista. Tendo em vista a complexidade e diversidade de fatores que podem explicar o problema, foram destacados para a roda de conversa tanto questões relativas à identificação do problema e orientações sobre a higienização do ambiente, cuidado com mudança de temperatura, higienização das fossas nasais e observação da alimentação.

As orientações foram feitas com base na rotina da instituição de forma que os educadores se atentassem mais as observações com relação às crianças, como, por exemplo: observar se os travesseiros estão com mancha de baba, se a criança está constantemente com os lábios ressecados, se a criança apresenta olhar cansado acompanhado de olheiras.

Com relação a higiene bucal, a Figura 1 um índice de 60% de crianças que apresentam algum tipo de questão acerca da higiene bucal na casa abrigo “Lar Betânia”, e a Figura 2 mostra um índice de 80% de crianças que apresentam algum tipo de questão acerca da higiene bucal na casa abrigo “Amigos da Inocência”. Essas questões de higiene bucal causam, em sua maioria, cáries e falhas dentárias por má conservação, etc. Durante a pesquisa pode se observar que a mastigação dessas crianças estava afetada pelo desequilíbrio no ato de mastigar, que pode estar relacionado as questões citadas acima.

Segundo MAGNANI (2001) estudos mostram que uma mastigação alterada pode levar a um crescimento facial desequilibrado, mas uma face desarmônica também pode alterar a mastigação, constatando assim que há influência recíproca entre a forma de mastigar e o crescimento da face.

Nos casos de mastigação unilateral exclusiva, são estimuladas apenas as estruturas estomatognáticas do lado do trabalho, impedindo-se que no lado poço usado, ocorra o desgaste fisiológico das cúspides, possibilitando o aparecimento de interferências oclusais e favorecendo a instalação de placas bacterianas, que poderão acarretar cáries ou lesões do periodonto. Assim, as lesões traumáticas, inflamatórias, degenerativas ou neoplásicas dos músculos ou da ATM podem ser uma causa imediata da disfunção.

Pode-se citar como causas mais freqüentes que podem provocar uma ineficiência mastigatória: diminuição da área dentária de oclusão, provocando uma redução no corte e trituração dos alimentos; falhas ou perdas dentárias⁶; dieta muito mole; cáries; troca dentaria; atenção para a estimulação através da mastigação e da manutenção dentária.

Entretanto, o aparecimento dos primeiros molares, processo característico da faixa etária trabalhada (cinco a seis anos), seja na dentição decídua ou mista, representa sempre um momento crucial para a aquisição de microrganismos cariogênicos, pela dimensão da superfície oclusal e em função de sua anatomia. A presença de sulcos e fissuras favorece a estagnação de microrganismos. O risco de cáries varia conforme a superfície e o grupo de dentes, sendo as oclusais dos molares as mais suscetíveis, seguidas de regiões entre dentes vizinhos.

Os primeiros dentes que perdemos são, em geral, os posteriores e isto faz com que haja diminuição da dimensão vertical posterior, além de haver a desestabilização da mandíbula, podendo, com isto, resultar em problemas das articulações temporomandibulares (Marchesan, 2004).

Foram realizadas intervenções com os educadores de cada instituição onde estava sendo realizado o trabalho. As primeiras intervenções

⁶. Com a ausência do primeiro molar que sozinho representa cerca de 37% da função tanto de oclusão quanto de mastigação, reduzindo o movimento em 33% da função.

aconteceram de abordagens individuais, de maneira que expunha a importância do cuidado com a saúde bucal.

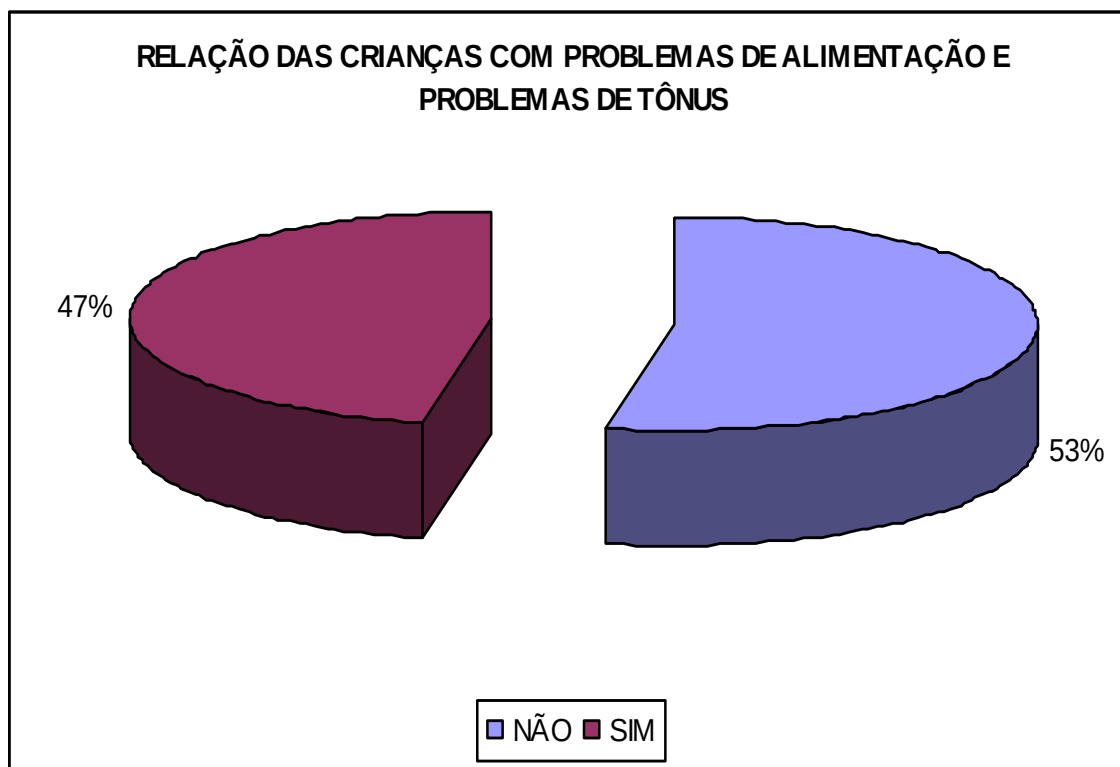
O diálogo com os educadores possibilitou o entendimento sobre a importância da preservação dos dentes decíduos. A dentição decídua é importante porque serve de referência para o nascimento dos dentes permanentes. Sua perda precoce por lesões extensas ou extrações prematuras acarreta falta dessa referência, causando problemas de apinhamento, erupção ectópica, giroversões e conseqüentemente, distúrbios de oclusão e má formação dentária.

Os achados que dizem respeito à alimentação das crianças avaliadas, correspondem na pesquisa como questões alimentares, esses achados não serão nomeados com transtornos alimentares, pois na literatura essa nomenclatura diz respeito a questões como: anorexia, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar. Sendo assim as questões alimentares abordadas no projeto neste caso correspondem à preferência de alimentos com textura pastosa, compulsividade alimentar, alteração na deglutição e mastigação. Para as questões alimentares pode-se observar na Figura 1, um índice de 60% das crianças avaliadas na casa abrigo “Lar Betânia” e na Figura 2, um índice de 80% das crianças avaliadas na casa abrigo “Amigos da Inocência”.

Em relação às alterações de tônus, que corresponde à hipotonia de lábio, face e língua; a Figura 1 mostra na casa abrigo “Lar Betânia” porcentagem de 48% de crianças que apresentam alterações de tônus e na Figura 2 que representa a casa abrigo “Amigos da Inocência” porcentagem de 60% de crianças que apresentam alterações de tônus.

Um aprofundamento desses dados mostrou que do total de crianças avaliadas em ambas as instituições com alteração de tônus problemas alimentares associados encontrou-se um percentual de 47%, assim como mostra a Figura 5.

Figura 5 - percentual geral de crianças avaliadas com problemas alimentares e alteração de tônus.



Diversos autores apontam a importância do hábito alimentar e acreditam que um alimento consistente provoca um desgaste e movimento dos dentes, o que possibilita uma oclusão dinamicamente equilibrada. As propriedades mecânicas do alimento são um referencial importante para a diferença quantitativa da atividade muscular entre o lado de balanceio e o lado de trabalho. Na atualidade, a alimentação está se tornando cada vez mais mole. Esse tipo de alimento solicita apenas movimentos de abertura e fechamento da mandíbula, deixando de excitar as partes deslizantes das articulações temporomandibular ATM, além de inibir movimentos de lateralidade, trabalho e balanceio. Em decorrência podem levar ao estabelecimento de mal oclusões (Magnani, 2001).

A oferta de diferentes texturas de alimentos tem grande relevância no que diz respeito ao desenvolvimento do sistema estomatognático, isto é, com a adequação dos padrões motores para as diversas funções que este executa. A consistência da alimentação atual vem se diferenciando a cada dia, minimizando a ação da mastigação e, assim, podendo provocar modificações

anatomofisiológicas e aumentar as possibilidades de perturbações em todo esse sistema (Antunes 1999).

Marchesan (1997) diz que é fundamental verificar a consistência, variedade, textura e quantidade dos alimentos que são habitualmente consumidos. Hábitos alimentares podem causar problemas relacionados à motricidade oral. Quando não exigem uso de toda musculatura orofacial, podem gerar alterações e ou levar a mecanismos funcionais adaptativos. A mastigação ineficiente origina uma má oclusão, que pelo seu componente adaptativo faz essa função tornar-se viciosa, buscando uma facilitação do padrão alterado.

Das questões relativas ao uso e funcionamento da linguagem, como por exemplo, dificuldades de nomeação refletindo em um conhecimento de mundo restrito e outros problemas associados como os distúrbios fonoarticulatórios; a Figura 1 mostra a porcentagem que 50 % das crianças avaliadas na casa abrigo “Lar Betânia” e a Figura 2 mostra a porcentagem de 50% das crianças avaliadas na casa abrigo “Amigos da Inocência”. Nas duas instituições foi encontrado problemas de linguagem no nível discursivo ou de produção de fala.

A literatura mostra que nas alterações de fala de origem musculoesquelética, o que mais freqüentemente se altera é o ponto articulatório e não o modo de articulação. A fala, quando alterada, pode se apresentar com palavras que tenham fones omitidos, substituídos, distorcidos ou articulados de forma imprecisa. De maneira geral, as omissões e substituições são mais freqüentes nos distúrbios fonológicos assim como as distorções são mais encontradas nas alterações músculo-esqueléticas. A imprecisão articulatória, ao contrário da distorção, costuma afetar a fala como um todo e pode ter muitos fatores como causa: a velocidade da fala, a respiração oral, as otites de repetição levando as alterações de audição, quantidade de saliva inadequada, má oclusão, cansaço, medicamentos, modificação do tônus, ansiedade, depressão, falta de exigência do meio, pouca importância com o interlocutor, articulação mais fechada dificultando a emissão correta dos sons, além das causas de origem neurológica (Marchesan, 2004).

Com base nas informações descritas na literatura, as questões alimentares e problemas de linguagem também foram abordados durante os encontros com os educadores de ambas as instituições.

As orientações foram feitas com base na rotina de cada uma das instituições de forma se atentassem mais as observações com relação às crianças, como, por exemplo: observar as preferências de consistência de alimentos, o modo como as crianças se colocam a mesa, o tempo levado para se alimentarem, como a criança se expressa, desenvolvimento da linguagem, etc.

É importante ressaltar que este trabalho se diferencia da maioria dos trabalhos realizados em motricidade orofacial. Na maioria destes a utilização de um protocolo é estritamente com objetivo de identificar e apontar patologias.

Neste trabalho o protocolo não perdeu sua função, mas permitiu que um planejamento sobre mudanças fosse realizado tanto na abordagem individual como no coletivo, com ações promotoras de saúde, por meio da troca de saberes entre o grupo formado em torno da assessoria.

RELATO DA EXPERIÊNCIA: O CUIDADO E A ASSESORIA

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.”

Paulo freire

Winnicott apud COSTA e NOGUEIRA (2004) afirma que não é possível oferecer à criança algo tão bom quanto o contato familiar. Pode-se, somente, oferecer-lhe um lar substituto. Tal afirmação coloca-nos uma questão fundamental ao pensarmos nas possibilidades de formação e de constituição psíquicas e lingüísticas de crianças abrigadas. Uma vez separadas de suas famílias, deve-se pensar no que vem pela frente, no que lhes resta como alternativa e, nesse sentido, o papel da instituição de abrigo em relação a crianças que já sofreram, logo no início da vida, estabelecendo rompimentos afetivos é fundamental.

Por um lado, a função da pessoa que cuida da criança pode ser decisiva, no sentido de contribuir para que ela possa se adaptar e continuar a se desenvolver de forma saudável, ainda que se encontre separada da família. Por outro, um cuidado desqualificado pode resultar em desumanização e contribuir para que sua adaptação e possibilidades de desenvolvimento e estruturação psíquica fiquem profundamente prejudicadas (Costa e Nogueira, 2004).

As possibilidades de reparação e reestruturação estão diretamente ligadas ao trabalho desenvolvido pelas educadoras, uma vez que são essas profissionais que passam a maior parte do tempo com as crianças, sendo responsáveis pelo seu dia-a-dia, por sua rotina, acompanhando-as diretamente em seu desenvolvimento, brincadeiras, interações. São elas que observam e estão em contato direto com as reações, comportamentos, demonstrações de angústia, ansiedade, alegria e dificuldades das crianças.

Tal cuidado pode ser observado mais diretamente nos momentos de rotina e do dia-a-dia da instituição, envolvendo banho, higiene, alimentação,

repouso, brincadeiras. Em segundo lugar, compreender como se dá a relação afetiva entre a mãe social e a criança, relação que se estabelece nos momentos da realização dos cuidados, assim como nos momentos de lazer, de jogos e durante as diferentes atividades desenvolvidas pela criança e acompanhadas por essa profissional ao longo da rotina institucional (Costa e Nogueira, 2004).

No contexto familiar, a criança tem diversas oportunidades de interação com o adulto. No contexto de um abrigo, os contatos com o adulto se fazem prioritária ou basicamente, nos momentos de cuidados, tais como durante o banho, a alimentação, a troca de vestimenta.

Então, nos abrigos, esses momentos de cuidados, que em qualquer contexto, já são extremamente importantes, ganham relevância ainda maior.

A partir da experiência na casa abrigo pude observar que as condições nas quais aconteciam à cena alimentar das crianças e o modo como eram trabalhados os cuidados de higiene bucal precisavam ser transformados, o que trouxe o questionamento sobre a correlação entre esses hábitos e as possíveis alterações de desenvolvimento de órgãos fonoarticulatórios.

Verificou-se a importância do trabalho em equipe visando os cuidados maternos necessários a uma infância saudável em crianças sob riscos e vulnerabilidade social. Dentre esses cuidados, destacam-se aqueles que podem contribuir com o desenvolvimento da linguagem e do sistema motor oral, como os cuidados com a alimentação e com a higiene bucal.

A partir dessa questão começaram as observações do ambiente onde eram oferecidas as refeições e a maneira como o educador abordava com as questões de alimentação e de higiene bucal das crianças em cada uma das instituições.

É importante ressaltar que as intervenções ocorreram de forma diferente para cada uma das instituições, pois conforme previsto na metodologia a proposta era realizar um estudo exploratório para direcionar a assessoria a realidade local atendendo as especificidades de dinâmica de cada instituição.

Amigos da Infância: sensibilização ao cuidado

A casa acolhe no máximo 12 crianças, no início das observações havia uma desorganização na dinâmica do cuidado com a criança e uma estruturação defasada em relação à cena alimentar e o preparo dos alimentos.

A distribuição de tarefas entre os educadores fazia com que não houve uma atenção sobre a dieta, preparação dos alimentos e as refeições eram feitas de modo rápido. No refeitório não havia estrutura física que acomodasse as crianças no momento da refeição. Não havia cadeiras suficientes para todas as crianças ao redor da mesa; os alimentos não eram colocados à mesa para que as crianças se servissem, a mesa não era coberta com uma toalha e havia cadeira em cima da mesa durante as refeições. As crianças que não tinham lugar ao redor da mesa comiam muitas vezes na escada da instituição, com o prato no colo, o que propicia uma postura que poderia comprometer a mastigação e a deglutição.

Na cozinha onde os alimentos eram preparados, não era possível observar uma preocupação com a higiene e cuidado durante o preparo dos alimentos. Não havia um cardápio que considerasse atenção com a variedade de consistências e valor nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças, o que na maioria das vezes causava um desequilíbrio na alimentação em geral, pois não havia critérios com relação à alimentação oferecida, não se levava em conta a idade e o desenvolvimento das crianças para ingestão de determinados alimentos.

A partir das observações realizadas, e a aplicação do protocolo de avaliação de motricidade orofacial, as intervenções no AAI se iniciaram, a princípio, abordando a importância de simbolizar a cena alimentar. Foi proposto a ambientalização do refeitório para o horário da refeição. Muitas vezes as rodas de conversa foram realizadas na cozinha durante a rotina que os educadores seguiam, como por exemplo, no momento de preparar e oferecer os alimentos. Outras vezes foram planejadas oficinas sendo nelas discutidas a

importância da variedade de consistência e valor nutricional dos alimentos para o desenvolvimento infantil (com foco desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios) e a importância do cuidado com a higiene bucal. Importante ressaltar que cada tema foi abordado de modo associado à concepção de educação e de linguagem que estavam na base desse projeto.

A princípio a intervenção acontecia com as três educadoras que a instituição comportava. No decorrer do ano ocorreram mudanças na estrutura administrativa da instituição e houve troca de educadores. Durante três meses as intervenções se basearam na apresentação do projeto, pois a cada novo educador contratado era necessário apresentar a proposta.

No decorrer dos encontros iniciais, o que se notava em relação aos educadores era a dificuldade para entender a importância da atenção aos aspectos abordados como a higiene bucal e a alimentação para o desenvolvimento infantil. À medida que as intervenções foram acontecendo ocorreram diferenças notórias na prática das educadoras em relação às crianças.

Segundo COSTA, NOGUEIRA (2004), o respeito ao ritmo e necessidades individuais implica um olhar atento por parte do cuidador, podendo assim ser garantido com o subsídio de muita reflexão, de treinamento e preparo. Por outro lado segundo as autoras há outro fator, que contribui para dificultar o cuidado individualizado que é a própria rotina institucional, marcada pelo grande número de crianças sob os cuidados de poucos, associada a um ritmo de atividades que visa a atender as necessidades da própria instituição, dificultando a possibilidade de se considerar cada criança individualmente.

O ambiente onde eram oferecidas as refeições na AAI passou por mudanças significativas. Atualmente as refeições e o ambiente é preparado para tal, acomodando as crianças no momento da refeição, oferecendo cadeiras suficientes ao redor da mesa para todas as crianças. O modo de conduzir e ofertar os alimentos passou a ser significado na cena alimentar, o que conduziu a adequação postural das crianças durante as refeições.

Para as ciências humanas, entre elas a Fonoaudiologia, a formação do

gosto alimentar não se dá, exclusivamente, pelo seu aspecto nutricional, biológico. O alimento constitui uma categoria histórica, pois os padrões de permanência e mudanças dos hábitos e práticas alimentares têm referências na própria dinâmica social. Os alimentos não são somente alimentos. Alimentar-se além de um ato nutricional, é um ato social, pois se constitui de atitudes, ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações. Desenvolver com as educadoras a idéia de uma simbolização da cena alimentar significou do ponto de vista fonoaudiológico criar uma situação em grupo que em torno das refeições, qualificarem as formas de convivência em grupo, de produzir relações dialogadas, produzir situações de conversa de entretenimento tão importante para o desenvolvimento da linguagem e também a prevenção de problemas fonoarticulatórios e ou do sistema estomatognático.

Para ilustrar o exposto acima registramos por meio de fotos o ambiente de refeição na AAI antes e depois da assessoria.

Figura 17

Retrato do refeitório antes da intervenção.



Figura 18

Retrato do refeitório depois da intervenção.



A Política Nacional de Humanização (Humaniza /SUS) nos traz a reflexão sobre a necessidade de uma visão integral e humanizada das práticas de saúde e considera que a valorização das crenças e da comunicação como ingredientes básicos da humanização. Os depoimentos das Educadora 1 e 2 apontam que a sensibilização dos educadores no decorrer das intervenções foi alcançada e que é possível humanizar as práticas cotidianas no tratar com as crianças:

“A parte da alimentação nunca teve uma preocupação(...) agora temos uma noção melhor da alimentação do que fazer o que não fazer, ate as crianças falam da alimentação que esta diferente agora (...)mudou tudo ninguém sentava ao redor da mesa para comer, a postura para sentar e o por a mesa como garfo, faca, guardanapo do lado do prato, etc. Tudo isso não tinha antes, tudo era feito sem orientação alguma(...) agora eles ate gostam, as crianças comentam que está gostoso comer com a mesa arrumadinha da até para conversar, mudou muito mesmo(...) a questão da higiene e o cuidado a gente tem que trabalhar muito ainda porque é complicado por mais que tentamos, ainda deixamos a desejar a questão de escovar os dentes, levantar e pentear o cabelo. Ainda estamos nos atentando para o cuidado em si, mas estamos num processo um pouco lento, foi só agora que nos demos conta da importância.” (Educadora 1 – AAI).

“Para mim a intervenção acrescentou muito, por mais que parecesse que algumas coisas estavam óbvias, faltava mesmo lembrar essas coisas [cuidado com alimentação e higiene das crianças] eu acho que teve muito ganho.” (Educadora 2 AAI).

Além dos depoimentos acima, é importante ressaltar que as crianças foram diretamente afetadas pela mudança ocorrida na visão de cuidado dos educadores. A maneira horizontal em que ocorreu a intervenção propiciou que se formasse uma rede de conhecimentos e sensibilização na instituição sobre o tema alimentação. Por outro lado, a situação específica (cena alimentar) disparou reflexão sobre as atividades de convivência e de diálogo.

Lar Betânia: Compartilhando saberes

Na Instituição “Lar Betânia” diferente da instituição Amigos da Infância, trata-se de uma instituição maior e mais tradicional e acolhe em média 40 crianças.

Durante a pesquisa foi possível observar que a instituição oferecia um refeitório bem estruturado, possui mesas e cadeiras para todas as crianças, durante a refeição a mesa é posta com toalha e talheres. As crianças têm autonomia para se servirem dos alimentos, pois o sistema utilizado é o *self – service*.

A cozinha onde os alimentos são preparados é estruturada com modelo industrial, é possível observar que há preocupação com a higiene e cuidado durante o preparo dos alimentos. É feito um planejamento para o cardápio diário, que de modo geral, se preocupa com as variedades, consistências e valor nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças. Porém não era supervisionado o modo como às crianças se serviam o que não garantia que todas as preocupações com o cardápio fossem contempladas na alimentação diária das crianças.

Os educadores não se atentavam para o fato de que as crianças poderem fazer suas escolhas quanto à variedade, consistência e quantidade deste modo as crianças criaram um padrão de alimentação em não se aproveitava a alimentação ofertada. Foi possível observar que havia muitas crianças que davam preferência para alimentos com consistência pastosa, crianças com compulsão alimentar, crianças que não mastigavam e com postura inadequada.

Figura 19 e 20**Retrato do refeitório**

Através da aplicação do protocolo de avaliação, sobretudo das observações com relação à rotina das crianças, chamou a atenção o fato que não havia cuidado com a higiene bucal. As orientações de cuidado à saúde, também foi abordada a todo o momento durante a assessoria.

A roda de conversa foi realizada com seis profissionais da casa dentre eles uma assistente social, e cinco educadores. Durante a roda de conversa as observações puderam ser levadas às educadoras permitindo a exposição de dúvidas principalmente a respeito da preservação dos dentes, pois quando se trata de dentes decíduos os educadores acreditam não ser necessária uma higiene intensa. Durante as orientações uma educadora comenta:

“Os dentinhos de leite iriam cair mesmo, por isso nunca dei importância.” (sic educador 1).

Após a orientação os educadores ficaram mais atentos quanto à saúde bucal das crianças, passando inclusive a perceber quando as crianças estavam

apresentando dentes com cáries e até mesmo falha dentária.

Em relação aos cuidados com alimentação os educadores passaram a se atentar sobre a escolha dos alimentos que as crianças faziam e a importância do cuidado e atenção durante as refeições, não só com relação as consistência dos alimentos, mas também marcando presença e dando significado as ações através da linguagem. Conforme depoimento da cozinheira:

“Com o trabalho, mudou muito minha atenção em relação às crianças, me atentei para a variedade de consistência (...)” (Cozinheira Lar Betânia).

Outro aspecto a ser destacado como repercussão refere ao processo de socialização. Segundo BERGER e LUCKMANN (2000), uma criança não nasce membro da sociedade, mas sim com predisposição para a sociabilidade. Há uma sequência temporal em que a criança é induzida a tomar parte da dialética da sociedade. Os autores consideram a interiorização o ponto de partida desse processo, isto é a forma como um acontecimento objetivo é apreendido e interpretado com a manifestação de outrem e torna-se então subjetivamente significativo. É base para a compreensão das pessoas e do mundo como realidade social. A criança absorve papéis e as atitudes dos outros significativos e os interioriza como seus. Para os autores a formação da consciência do outro marca uma fase decisiva na socialização. Com a linguagem e por meio dela vários esquemas motivacionais e interpretativos são interiorizados. Alimentar-se como se alimentam os adultos. Caminhar para o auto cuidado, é exemplos desse processo.

Considerando os autores podemos observar o quanto à relação dos educadores com as crianças passou a ser cada vez mais imersa e resignificada pela linguagem.

“... eu achei muito importante pensar e me atentar quanto ao fato de como as crianças estão fazendo a escolha dos alimentos, por que eu sempre me preocupei com a ida dele nas casas das pessoas como ele se comporta na mesa, por que querendo ou não também é uma preparação para a sociedade, saber limpar a boca, mastigar, se comportar na mesa, é uma coisa que nós temos que ter atenção para ajudar eles, não só por que é meu trabalho acho que é meu dever social.” (Educadora 2 Lar Betânia).

Outro aspecto a ser destacado é o reconhecimento da importância do trabalho em equipe multiprofissional, da troca de saberes para a efetiva proteção social e o cuidado integral à saúde das crianças.

“A intervenção foi muito importante, não tem como a instituição crescer se não houver uma intervenção, o que não dá para trabalhar é não ter a visão de profissionais com fono, psicopedagoga (...) a intervenção junto ao funcionário é fundamental por que fica uma semente e ela uma hora vai ser desenvolvida (...) eu acho que tem que ter uma política que garanta uma fono em cada instituição não importa se é abrigo ou não. Se acolhe criança tem que ter é para o desenvolvimento da criança, pra mim teria que ser lei a fono estar na equipe técnica por que o trabalho de uma fono é fundamental no abrigo.” (Assistente social).

A participação da fonoaudiologia na equipe técnica de instituições de proteção social à infância e adolescência, com enfoque na promoção da saúde e no diálogo, pode levar a construção de um espaço de convivência potencializador da linguagem e da aprendizagem.

No depoimento da profissional se escuta também um pedido, percebido na fala de quase todos os profissionais que participaram da assessoria, que é um pedido de ajuda, de mudança da estrutura organizacional dessas

instituições no sentido da educação permanente dos profissionais que, como todo e qualquer profissional que se apropriar e produzir conhecimentos.

É possível também notar na fala dos profissionais o quanto as crianças adquiriram autonomia e consciência do auto-cuidado.

Considerações finais

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

Durante a pesquisa foi possível observar que ambas as instituições apresentam dificuldade em acolher e oferecer cuidados e significar as ações do cotidiano. Não era possível observar uma rotina, não havia regularidade nos cuidados para que fossem criados ritmos de funcionamento para a criança, ações como ao acordar fazer a higiene bucal, lavar o rosto e pentear os cabelos, não eram trabalhadas com as crianças. A avaliação e estudo sobre as necessidades, isto é questões que demandavam mudanças, foi de grande importância. De um lado possibilitou a problematização de questões próprias da realidade de cada instituição de outro envolveu a todos no cuidado singular e coletivo de que as crianças necessitam para crescerem com saúde.

Abordar questões sobre aspectos que merecem atenção como os que foram observados na avaliação do sistema sensório motor orofacial - respiração, mastigação, higiene bucal, linguagem, articulação – promovendo um estudo descritivo exploratório para investigar possíveis correlações entre as condições das situações de alimentação e de higiene bucal e o desenvolvimento da motricidade orofacial, levou os educadores a se aterem a situações do cotidiano que precisam ser cuidadas e revestidas de simbolismo.

O trabalho permitiu também avaliar que as intervenções realizadas pela fonoaudiologia naqueles espaços atingiram o objetivo, tendo produzido o efeito de rede de apoio sócio educativa, uma vez que teceu vínculos e relações entre os profissionais em torno de um objetivo comum: acolher as crianças auxiliando-as a buscar um significado para a própria existência, cuidando dos gestos simples da vida como a alimentação, da higiene, dialogo de entretenimento entre educadores e crianças e elas entre si, responsabilização

e compromisso com o auto-cuidado.

Bibliografia

NOGUEIRA, P C; COSTA, L F - Mãe social: profissão? função materna? Este artigo está baseado na Dissertação de Mestrado "A criança em situação de abrigo: reparação ou re-abandono?", defendida em dezembro de 2004 perante o *Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília*.

Estatuto da criança e do adolescente - 3ª edição *Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações Brasília – 2001*

SÊDA, E; *A criança e a mão do gato: guia do Conselho Tutelar dos direitos da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Edição Adês, 2001.

GALHEIGO, SM. O Abrigo para crianças e adolescentes: considerações acerca do papel do terapeuta ocupacional. *Rev. de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo S. A. IMESP*, 2000. v.110, n. 175.

GUARÁ, I M F. R. Abrigo - comunidade de acolhida e socioeducação. Abrigo : comunidade de acolhida e socioeducação São Paulo : Instituto Camargo Corrêa, 2006. *Coletânea abrigar*; p. 63-71

GENARO KF, Berretin-Felix, Rehder MIBC, Marchesan IQ - AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL – PROTOCOL; MBGR *Orofacial myofunctional evaluation – MBGR Protocol Rev. CEFAC*. 2009 Abr-Jun; 11(2):237-255

ANTUNES, D. K.; A influência dos hábitos alimentares na mastigação infantil, *CEFC Fortaleza* 1999.

GIÃO PHA, PERISSINOTO J, SOUZA PHVA. Distúrbios alimentares e a influencia no sistema estomatognatico: a obesidade e a fonoaudiologia. In: Fisberg M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: *Atheneu*; 2004.p.143-51.

BIANCHINI, EM.; PENA, CR; PEREIRA, MMB. - Características do tipo de alimentação e da fala de crianças com e sem apinhamento dentário. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.10, n.1, 58-67, jan - mar, 2000.

MARCHESAN IQ. Atuação Fonoaudiológica nas Funções Orofaciais: Desenvolvimento, Avaliação e Tratamento. In: Andrade C.R.F. ; *Marcondes E. Fonoaudiologia em Pediatria*. São Paulo. Sarvier. 2003. p. 3-22

MAGNANI, DNN. - Mastigação X Crescimento Craniofacial Uma Abordagem Fonoaudiológica. *CEFAC Itajaí* 2001

MARCHESAN IQ. - Práticas fonoaudiológicas: uma visão compreensiva. Campinas, 1998

_____ - Avaliação e Terapia dos Problemas da Respiração. In: MARCHESAN IQ. Fundamentos em Fonoaudiologia – *Aspectos Clínicos da*

Motricidade Oral. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1998 Cap. 4, p. 23-36.

SILVA AM, SILVA KP, OLIVEIRA R, FERREIRA VJA; A influência da alimentação na mastigação em crianças - *Fonoaudiologia Bras*, 2004 - cefac.br

DUCAT PR, OLIVEIRA I, KRAKAUER LH, ASSENCIO-FERREIRA VJ, Estudo populacional e achados de alterações orofaciais - *Revista CEFAC* 2001;3:143-148.

AMARAL, DB. Mastigação unilateral x oclusão normal: um estudo sobre sua ocorrência em crianças de 4 a 5 anos. *Ver. CEFAC* 2000; 2(2): 23-30.

LIMA, R.M.F., FREIRE, O., C.B. , FILHO, J.L.N. ,Stampford, Suelly, Cunha, D.A. , Silva, H.J. - Padrão Mastigatório em Crianças de 5 a 7 Anos: Suas Relações com Crescimento Craniofacial e Hábitos Alimentares. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.8, n.2, 205-15, abr-jun, 2006

PALLADINO, R. R. R.; CUNHA, M. C.; SOUZA, L.A.P. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), v. 19, n. 2, p. 205-214, abr.-jun. 2007.

MARCHESAN IQ. Alterações de fala de origem musculoesquelética. In: *Tratado de Fonoaudiologia da SBFa*, Ed. ROCA LTDA, 2004 Capítulo de nº 25 .

_____ Avaliando e tratando o sistema estomatognático em *Tratado de fonoaudiologia / Otacílio de C. Lopes Filho*, SP, Roca, 1997. p. 763-80.

MERHY, E E; - A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência - *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*; Ed. Xamã; São Paulo, 1998

BERGUER, P; LUCKMANN, T - A construção social da realidade.; *Editora Voses* 19 edição 2000.

Anexo 1

Nome: _____ Instituição: _____

Data do exame: ____ / ____ / ____ idade: ____ anos e ____ meses DN: ____ / ____ / ____

EXAME EXTRA-ORAL

Análise Facial Numérica

Norma Frontal [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 3)

Tipo facial (comparar altura -A com largura - La)	(0) média (A semelhante à La)	(1) longa (A > La)	(1) curta (La > A)
Proporção facial: (comparar altura dos terços médio e inferior)	(0) equilibrada	(1) terço inferior maior	(1) terço inferior menor
(comparar canto externo do olho à comissura do lado D com o lado E)	(0) semelhante	(1) assimétrica	

Análise Facial Subjetiva

Norma Frontal [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 12)

	Simétrico	Assimétrico	descrever
Plano infra-orbitário	(0)	(1)	
Região zigomática	(0)	(1)	
Asas do nariz	(0)	(1)	
Bochechas	(0)	(1)	
Sulco nasolabial	(0)	(1)	
Lábio superior	(0)	(1)	
Comissura dos lábios	(0)	(1)	
Lábio inferior	(0)	(1)	
Mento	(0)	(1)	
Mandíbula (corpo e ramo)	(0)	(1)	
Masseter repouso	(0)	(1)	
Masseter apertamento	(0)	(1)	

Masseter [] (melhor resultado = 0 e pior = 1) Deve-se realizar via palpação

Recrutamento na contração isométrica:	(0) simultâneo	(1) primeiro lado D	(1) primeiro lado E
--	----------------	---------------------	---------------------

Mandíbula [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 2)

Postura:	(0) Normal	(1) semi-abaxada	(2) abaxada	(2) apertamento dentário
-----------------	------------	------------------	-------------	--------------------------

Lábios [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 19)

Posição habitual:	(0) fechados (2) entreabertos	(1) fechados com tensão (3) fechados em contato dentário	(2) ora abertos ora fechados (4) abertos
Saliva: (0) deglutida	(1) acumulada na comissura D	(1) acumulada na comissura E	(1) acumulada no lábio inferior (2) baba
Mucosa: (0) normal	(1) com marcas dentárias	(1) ressecada	(1) ferida
Forma - Superior:	(0) normal	(1) em asa de gaivota (<i>1º e 2º arco do cupido</i>)	
- Inferior:	(0) normal	(1) com eversão discreta	(2) com eversão acentuada
Frênulo superior:	fixação: (0) normal (1) baixa espessura: (0) normal (1) alterada (<i>descrever</i>): _____		
Comprimento do superior:	(0) cobre $\frac{2}{3}$ dos incisivos	(1) cobre mais que $\frac{2}{3}$	(2) cobre menos que $\frac{2}{3}$

EXAME INTRA-ORAL**Bochechas []** Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 10)

Mucosa:	(0) normal	(1) marcas dentárias D (1) marcas dentárias E	(1) linha D (1) linha E	(1) ressecada D (1) ressecada E	(2) ferida D (2) ferida E
----------------	------------	--	----------------------------	------------------------------------	------------------------------

Língua [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 28)

Sulco longitudinal:	(0) adequado	(1) profundo		
Posição habitual:	☐ não observável	(1) no assoalho	(1) dorso alto	(1) interdental
Simetria:	(0) sim	(1) não (<i>descrever</i>): _____		
Largura:	(0) adequada	(1) diminuída	(2) aumentada	
Altura:	(0) adequada	(1) diminuída	(2) aumentada	
Tremor:	(0) ausente	(1) na posição habitual	(1) na protrusão	(1) nos movimentos (<i>quatro pontos cardeais</i>)
Mucosa:	(0) normal	(1) geográfica	(1) fissurada	
	(1) marcada por dentes (<i>local</i>): _____		(1) marcada por aparelho(<i>local</i>): _____	
	(1) ferida (<i>local</i>): _____			
Frênulo:	extensão:	(0) normal	(1) curto	
	fixação na língua:	(0) parte média	(1) anterior à parte média	(2) no ápice
	fixação no assoalho:	(0) entre as carúnculas	(1) entre a crista alveolar e as carúnculas	(2) crista alveolar
	na lateralização lingual:	(0) normal	(1) abaixa o ápice D	(1) abaixa o ápice E
	na protrusão lingual:	(0) normal	(1) abaixa o ápice	(1) deprime a parte central da língua
	na elevação (<i>dentro da boca sem tocar o arco superior</i>)	(0) normal	(1) ápice quadrado/retangular	(2) forma coração
	outras características:	(0) ausente	(1) submerso	(1) fibroso

Palato [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 8)

Duro:	Profundidade:	(0) normal	(1) reduzida (baixo)	(2) aumentada (alto)
	Largura:	(0) normal	(1) aumentada (larga)	(2) reduzida (estreitada)
Mole:	Simetria:	(0) presente	(1) ausente	
	Extensão:	(0) adequada	(1) regular	(2) longo (2) curto
Úvula:	(0) normal	(1) alterada (<i>descrever</i>): _____		

Tonsilas palatinas (amídalas) [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 4)

Presença:	☐ presentes	☐ removidas	☐ não observáveis
Tamanho:	(0) normal	(1) hipertrofia D	(1) hipertrofia E
Coloração:	(0) normal	(1) hiperemia D	(1) hiperemia E
Posição na loja amidaliana	☐ superior: [] D [] E	☐ média: [] D [] E	☐ inferior: [] D [] E

Dentes e Oclusão [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 17)

Dentadura:	☐ decídua	☐ mista	☐ permanente
Nº de dentes:	superior D ____	superior E ____	inferior D ____ inferior E ____
Conservação:	dentária: (0) boa (1) regular (2) ruim	gingival: (0) boa (1) regular (2) ruim	
Falha dentária:	(0) ausente	(1) presente (<i>elementos</i>): _____	
Linha média:	(0) adequada	(1) desviada D	(1) desviada E
Classificação de Angle:	Lado D (0) Classe I Lado E (0) Classe I	(1) Classe II div.1 (1) Classe II div.1	(1) Classe II div. 2ª (1) Classe II div. 2ª (1) Classe III (1) Classe III
Guia de desocclusão:	(0) presente	(1) ausente D	(1) ausente E
Alteração horizontal:	(0) ausente	(1) mordida de topo (TH = 0mm)	(1) sobressaliência (TH > 3mm) (1) mordida cruzada anterior (TH < 0mm)
Alteração vertical:	(0) ausente	(1) mordida de topo (TH = 0mm)	(1) sobremordida (TV > 3mm) (1) mordida aberta anterior (TV < 0mm) (1) mordida aberta posterior
Alteração transversal:	(0) ausente	(1) mordida cruzada posterior direita	(1) mordida cruzada posterior esquerda
Uso de prótese:	☐ não	☐ removível	☐ fixa ☐ parcial ☐ total
Uso de aparelho:	☐ não	☐ móvel	☐ fixo

Descrever o aparelho e/ou prótese:

Outras alterações: _____.

MOBILIDADE (Quando o movimento solicitado for alterado, se necessário, descrever)

Lábios [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 72)

	normal		aproximado		tenta realizar		não realiza
	Sem modelo	Com modelo	Sem modelo	Com modelo	Sem modelo	Com modelo	
Protrair fechados *	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Retrair fechados *	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar protrair/retrair fechados *	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Protrair abertos *	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Retrair abertos *	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar protrair/retrair abertos *	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Protrair fechados à D*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Protrair fechados à E*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar protrair fechados à D e à E *	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Estalar protraídos	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Estalar retraídos	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar estalo protraídos/retraídos	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

*Executar com os dentes ocluídos
ritmo.

- Nos movimentos alternados, executar 3 vezes e com

Língua [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 102)

	normal		aproximado		tenta realizar		não realiza
	Sem modelo	Com modelo	Sem modelo	Com modelo	Sem modelo	Com modelo	
Protrair	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar protrair/retrair	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Elevar na papila incisiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar elevar na papila e abaixar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Elevar no lábio superior	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar elevar/abaixar tocando os lábios	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tocar a comissura labial D	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tocar a comissura labial E	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar tocar as comissuras D e E	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tocar o ápice seqüencialmente nas comissuras D/E e nos lábios S/I	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tocar internamente a bochecha D	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tocar internamente a bochecha E	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Alternar tocar as bochechas D e E	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Estalar o ápice	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Estalar o corpo	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Sugar a língua no palato	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Vibrar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Nos movimentos alternados, executar 3 vezes e com ritmo.

Bochechas [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 12)

	normal	aproximado	tenta realizar	não realiza
Inflar	(0)	(1)	(2)	(3)
Inflar a D	(0)	(1)	(2)	(3)
Inflar a E	(0)	(1)	(2)	(3)
Alternar inflar D e E	(0)	(1)	(2)	(3)

TÔNUS [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 8)

	Normal	Diminuído	Aumentado
Lábio superior	(0)	(1)	(1)
Lábio inferior	(0)	(1)	(1)
Mento	(0)	(1)	(1)
Sulco mento labial	(0)	(1)	(1)
Língua	(0)	(1)	(1)
Assoalho da boca	(0)	(1)	(1)
Bochecha direita	(0)	(1)	(1)
Bochecha esquerda	(0)	(1)	(1)

Realizar palpação e observação visual, exceto do assoalho que deve ser apenas observado.

Respiração [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 9)

Tipo:	(0) médio/inferior	(1) médio/superior	(1) _____	outro _____ (descrever):
Modo:	(0) nasal	(1) oronasal	(2) oral	
Fluxo nasal (usar o espelho)	ao chegar:	(0) simétrico	(1) reduzido à direita	(1) reduzido à esquerda
	após limpeza:	(0) simétrico	(1) reduzido à direita	(1) reduzido à esquerda
Possibilidade de uso nasal:	(0) 2 minutos ou mais	(1) entre 1 e 2 minutos	(2) menos que 1 minuto	

Observações:

Mastigação: ☐ adequada ☐ adaptada ☐ disfunção (mastigatória utilizar sempre o mesmo alimento)

Mastigação Habitual [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 10)

Incisão:	(0) anterior	(1) lateral	(1) outra _____
Selamento labial:	(0) sistemático	(1) assistemático	(2) ausente
Padrão mastigatório:	(0) bilateral (alternado ou simultâneo)	(0) unilateral preferencial (lado): _____	(1) unilateral crônico (lado): _____
Lado inicial da função:	(0) alterna direito/esquerdo	(1) direito	(1) esquerdo
Trituração:	(0) dentes posteriores	(1) dentes anteriores	(1) com a língua
	(0) eficiente	(1) ineficiente	
Velocidade:	(0) adequada	(1) aumentada	(1) diminuída

Deglutição: ☐ adequada ☐ atípica ☐ adaptada

1ª Prova (*habitual de sólidos*) [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 18)

Selamento labial:	(0) adequado	(1) parcial	(2) ausente
Postura da língua:	☐ não se vê	(0) atrás dos dentes	(1) contra os dentes (2) entre os dentes
Postura do lábio inferior:	(0) contato com o superior	(1) atrás dos incisivos superiores	
Contenção do alimento:	(0) adequada	(1) parcial	(2) inadequada
Contração do orbicular:	(0) adequada	(1) pouca	(2) acentuada
Contração do mental:	(0) ausente	(1) pouca	(2) acentuada
Movimento de cabeça:	(0) ausente	(1) presente	
Ruído:	(0) ausente	(1) presente	
Coordenação:	(0) adequada	(1) engasgo	(1) tosse
Resíduos após deglutir:	(0) ausente	(1) presente	
Contração da musculatura cervical:	(0) ausente	(1) pouca	(2) acentuada

Observações:

2ª Prova (*habitual de líquido - água*) [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 16)

Postura da língua:	☐ não se vê	(0) atrás dos dentes	(1) contra os dentes (2) entre os dentes
Postura do lábio inferior:	(0) contato com o superior	(1) atrás dos incisivos superiores	
Contenção do líquido:	(0) adequada	(1) inadequada	
Volume do líquido:	(0) satisfatório	(1) aumentado	(1) diminuído
Contração do orbicular:	(0) adequada	(1) pouca	(2) acentuada
Contração do mental:	(0) ausente	(1) pouca	(2) acentuada
Contração da musculatura cervical:	(0) ausente	(1) pouca	(2) acentuada
Movimento de cabeça:	(0) ausente	(1) presente	
Ruído:	(0) ausente	(1) presente	
Ritmo:	(0) seqüencial	(1) gole por gole	
Coordenação:	(0) adequada	(1) engasgo	(1) tosse

Observações:

3ª Prova (*líquido dirigida*) [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 16)

Colocar água na boca e deglutir somente após ordem do avaliador

Selamento labial:	(0) adequado	(1) parcial	(2) ausente
Postura da língua:	(0) atrás dos dentes	(1) contra os dentes	(2) entre os dentes
Postura do lábio inferior:	(0) contato com o superior	(1) atrás dos incisivos superiores	
Contenção do líquido:	(0) adequada	(1) parcial	(1) inadequada
Contração do orbicular:	(0) adequada	(1) pouca	(2) acentuada
Contração do mental:	(0) ausente	(1) pouca	(2) acentuada
Contração da musculatura cervical:	(0) ausente	(1) pouca	(2) acentuada
Movimento de cabeça:	(0) ausente	(1) presente	
Ruído:	(0) ausente	(1) presente	
Coordenação:	(0) adequada	(1) engasgo	(1) tosse

Observações:

Perguntar ao paciente

Dificuldade para deglutir:	(0) não	(1) sim (<i>descrever</i>):	
Posição da língua:	(0) atrás dos dentes superiores	(1) atrás dos dentes inferiores	(2) entre os dentes (0) não sabe

Observações:

Fala: ☐ adequada ☐ alterada: () distúrbio fonético () distúrbio fonético/fonológico () distúrbio fonológico

1ª. Prova (fala espontânea) *Utilizar as seguintes perguntas: “diga o seu nome e quantos anos têm”
“diga o que você faz (estuda, trabalha)”
“conte uma viagem (passeio) que você fez e gostou”*

Aspecto geral [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 16)

Saliva:	(0) deglute	(1) acumula na comissura direita e/ou esquerda	(2) espirra	(3) baba
		(1) acumula no lábio inferior		
Abertura da boca:	(0) normal	(1) reduzida	(1) exagerada	
Posição da língua:	(0) adequada	(1) no assoalho	(2) anteriorizada	(2) posteriorizada
				(2) ponta baixa com laterais elevadas
Movimento labial:	(0) adequado	(1) reduzido	(1) exagerado	
Movimento mandibular:	(0) adequado	(1) desviado à direita	(1) desviado à esquerda	(1) anteriorizado
Ressonância:	(0) equilibrada	(1) uso reduzido da cavidade nasal	(1) uso excessivo da cavidade nasal	(1) laringofaríngea
Velocidade:	(0) normal	(1) aumentada	(1) reduzida	
Coordenação pneumofonoarticulatória:	(0) adequada	(1) alterada		

2ª. Prova (Contagem de 0 a 20)

Aspecto fonético fonológico [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 8)

Omissão:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Substituição:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorção:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Imprecisão:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	Descrever: _____

3ª. Prova (Nomeação de figuras da prancha)

Aspecto fonético fonológico [] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 8)

Omissão:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Substituição:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorção:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Imprecisão:	(0) ausente	(1) assistemática	(2) sistemática	Descrever: _____

