

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DE ENSINO**

**UNICAMP**

**PRÁTICAS FONOAUDIOLÓGICAS:**  
**UMA VISÃO COMPREENSIVA**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA  
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/ UNICAMP

M332p

Marchesan, Irene.

Práticas fonoaudiológicas : uma visão compreensiva /  
Irene, Marchesan. -- Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Sarita Maria Affonso Moysés.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Educação.

1. Fonoaudiologia. 2. Alimentação. 3. Hábitos orais.  
4.\*Funções estomatognáticas. I. Moysés, Sarita Maria Affonso.  
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Educação. III. Título.

**Faculdade de Educação**  
**Departamento de Metodologia de Ensino**

**UNICAMP**

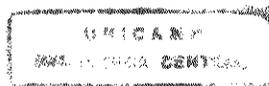
**Práticas Fonoaudiológicas:  
Uma visão compreensiva**

**Irene Queiroz Marchesan**

**Este exemplar corresponde à redação  
final da Tese defendida por  
Irene Queiroz Marchesan  
e aprovada pela Comissão Julgadora.**

**Data:** 14/09/1998  
**Campinas**

**Assinatura:** Sarita M. A. Moysés  
**Orientadora**  
**Prof<sup>a</sup>. Dra. Sarita Maria Affonso Moysés**



**Tese apresentada como exigência parcial para  
Obtenção do Título de DOUTOR em Educação  
na Área de Concentração: Metodologia de  
Ensino à Comissão Julgadora da Faculdade de  
Educação da Universidade Estadual de  
Campinas, sob a orientação da**

**Prof. Dra. Sarita Maria Affonso Moysés.**

**Comissão Julgadora:**

Luana M. A. Moyses

Silvia Elvira Elfaufredi

St. Camille

[Signature]

[Signature]

**Ofereço este trabalho a todos os fonoaudiólogos  
que, de uma forma ou de outra, estão  
construindo a Fonoaudiologia.**

## QUERER SABER

Pedro, um jovem de 17 anos, estava ansioso pois aquele era seu primeiro dia de trabalho na vida. Chegou cedo e foi observar o velho e conhecido senhor Antônio, a quem iria substituir, pois este estava se aposentando.

O trem vem apitando e, imponente, chega na estação. Enquanto passageiros apressadamente sobem e descem, “Seu” Antônio, sem prestar atenção neles, bate, com uma espécie de martelo, nas rodas do trem.

Pedro confuso e meio perdido entre observar o movimento da multidão e ficar atento ao novo serviço - bater nas rodas do trem com aquele martelo, pergunta para o seu mestre:

\_\_\_ Por que temos que bater nas rodas do trem?

Como se tivesse tomado um choque, o senhor Antônio pára, endireita as costas, olha firmemente nos olhos daquele petulante que acabava de chegar e diz:

\_\_\_ Escuta aqui, rapaz! Eu estou aqui há 30 anos fazendo este serviço e muito bem feito. Estou me aposentando e ainda não sei bem o porque deste trabalho. Você, que mal está chegando, já quer saber?

O trem novamente apita, avisando que está de partida. Com aquele ruído característico, meio melancólico, vai saindo da estação, seguindo seu destino.

**BEM VINDOS TODOS OS PEDROS À FONOAUDIOLOGIA!**

## Agradecimentos

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Sarita Moysés, que pode compreender como, em muitos momentos, era para mim importante refletir sobre as práticas de uma profissão, que faz parte do meu ser, tão misturada comigo que às vezes eu nem sei mais o que é a profissão e o que sou eu. O seu sábio silêncio quando eu falava, e ela me ouvia atentamente, me permitiram compreender melhor minhas práticas.

À Prof. Dra. Mirian Goldenberg que mais que amiga e companheira, me fez sentir que eu era capaz de escrever e de produzir este trabalho. Seu incentivo, suas leituras constantes do que eu escrevia, seu olhar de quem entendia do que eu estava falando, fizeram com que eu me sentisse segura e confiante. A Mirian, tem esta capacidade, a de fazer com que as pessoas com quem ela trabalha e orienta, sintam-se importantes e capazes. Ela transforma o que é difícil em fácil, e assim se pode produzir.

À Prof. Dra. Letícia Bicalho Canêdo, por quem me encantei, apesar do pouco tempo que a conheço. Foi dela que ouvi algumas das palavras mais importantes para que eu pudesse finalizar este trabalho e que, para mim, tiveram o seguinte sabor: “Uma dissertação não é o trabalho do século. É apenas um trabalho mas que, como tal, deve mostrar toda sua seriedade, competência e questionamento. Nada mais.”

Às fonoaudiólogas Adriana Rahal, Deborah Rolim, Lilian Krakauer e Márcia Regina da Silva, com quem eu trabalho. Foram elas que me ajudaram a separar, contar e classificar os questionários. E também a fazer o levantamento bibliográfico. Além disto, muitas vezes escutaram minhas idéias para a tese. Isto é muito importante quando se faz um trabalho. O fato de termos quem queira nos ouvir, faz com que, ao falarmos, as palavras também soem em nossos ouvidos e reorganizem nossos pensamentos.

À Ana Maria Azevedo Silva que fez os gráficos e tabelas. À Maria Nívea Pereira Martins, que separou e contou várias vezes meus questionários, conferindo-os para mim. À Augusta Queiroz Marchesan, minha irmã querida, que digitou parte deste trabalho.

À Marilene Gonçalves e Márcia Levada, que me suportaram, por um bom tempo, falando de um único assunto – a tese. Foram elas que ficaram lutando contra minha agenda para permitirem que eu trabalhasse em paz.

À meu pai, Glauco, que me incentivou para o sabor da cozinha, e para o gosto da vida.

À minha mãe, Ruth, que me incentivou, que me obrigou a estudar, repetindo inúmeras vezes: “Não quero morrer sem ver seu doutorado concluído”.

Ao Prof. Dr. Jaime Luiz Zorzi que, ao corrigir meus textos pacientemente, permite ao leitor uma melhor compreensão dos meus pensamentos. Expressar minhas idéias em palavras faladas sempre foi fácil. Transformá-las em letras, ainda hoje, é um mistério para mim.

A todos os fonoaudiólogos, ex-alunos do CEFAC que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que a realização deste trabalho fosse possível.

**Construir uma vida feliz nunca foi difícil para mim.  
Mas, olhar nos olhos de uma pessoa  
e sentir a cumplicidade da vida,  
só foi possível com o Jaime,  
meu ponto de equilíbrio.**

# Sumário

<b>Introdução.....</b>	<b>001</b>
<b>1. Por que alimentação.....</b>	<b>004</b>
• <b>O Diagnóstico.....</b>	<b>006</b>
• <b>Conto Popular.....</b>	<b>009</b>
• <b>As Práticas.....</b>	<b>010</b>
<b>2. Por que a obsessão fonoaudiológica pela alimentação.....</b>	<b>021</b>
<b>2.1. Os autores e suas hipóteses.....</b>	<b>025</b>
<b>2.2. A mídia.....</b>	<b>080</b>
<b>2.3. A resposta.....</b>	<b>091</b>
<b>3. As Pesquisas.....</b>	<b>093</b>
<b>3.1. A pesquisa realizada com os pais e as crianças.....</b>	<b>093</b>
<b>3.1.a. O grupo pesquisado.....</b>	<b>094</b>
<b>3.1.b. A análise.....</b>	<b>099</b>
<b>3.1.c. Análise das perguntas e suas tabelas.....</b>	<b>100</b>
<b>3.1.d. O exame da criança.....</b>	<b>125</b>
<b>3.1.e. As provas aplicadas.....</b>	<b>126</b>
<b>3.2. A pesquisa realizada com os fonoaudiólogos.....</b>	<b>132</b>
<b>3.2.a. O grupo pesquisado.....</b>	<b>132</b>
<b>3.2.b. A análise.....</b>	<b>133</b>
<b>3.2.c. As perguntas, análises e tabelas.....</b>	<b>134</b>
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>153</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>162</b>

## **Anexos**

<b>Questionário e Exame aplicado nos pais e crianças.....</b>	<b>173</b>
<b>Questionário aplicado nos fonoaudiólogos.....</b>	<b>179</b>
<b>Anexos sobre a mídia.....</b>	<b>182</b>
<b>Crescer – Sabor da Infância</b>	
<b>Folha de São Paulo 05/02/97 – Expedição Culinária</b>	
<b>O Estado de São Paulo 18/02/97 – Hábitos alimentares podem ser hereditários</b>	
<b>Claudia - Educar Bem</b>	
<b>Folha de São Paulo 04/05/97 – Vida agitada prejudica paladar infantil</b>	
<b>Folha de São Paulo 04/05/97 – Setor de alimentos cria geração sabor pizza</b>	
<b>Pais &amp; Filhos - Sua família se alimenta bem?</b>	
<b>Crescer – Devagar com essa festa</b>	
<b>Jornal de Perdizes 04 a 10/10/97 – Amamentação mantém a boa respiração do bebê</b>	
<b>O Estado de São Paulo 10/04/98 - Garoto inglês vive há 11 anos comendo patê vegetariano</b>	
<b>Globo Reporter 03/04/98 – Regime para emagrecer</b>	
<b>Anexos sobre relatos dos fonoaudiólogos.....</b>	<b>208</b>

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa das crianças que mamaram no peito.....	100
Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade até a qual mamou no peito.....	101
Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o uso ou não da chupeta.....	103
Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa do tipo de chupeta utilizada.....	104
Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de início do uso de chupeta.....	105
Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de término do uso da chupeta.....	106
Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa das crianças que sugaram ou não o dedo.....	107
Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de início da sucção de dedo.....	108
Tabela 9 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de término da sucção de dedo.....	109
Tabela 10 – Distribuição absoluta e relativa das crianças quanto ao uso ou não de mamadeira.....	110
Tabela 11 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de bico de mamadeira utilizado.....	111
Tabela 12 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de início do uso de mamadeira.....	112
Tabela 13 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade do término do uso da mamadeira.....	113
Tabela 14 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o uso de alimento pastoso na mamadeira.....	114
Tabela 15 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de alimentação entre 1 a 2 anos de idade.....	115
Tabela 16 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de alimentação atual.....	116
Tabela 17 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de carne.....	118
Tabela 18 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de verduras.....	119
Tabela 19 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de legumes.....	120
Tabela 20 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de frutas.....	121
Tabela 21 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de leite.....	122
Tabela 22 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a postura de repouso dos lábios.....	124
Tabela 23 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a aquisição dos sons da fala.....	126

Tabela 24 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de oclusão.	126
Tabela 25 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a postura de repouso dos lábios durante o exame.	127
Tabela 26 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a interposição de língua.	129
Tabela 27 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a existência de ceceo anterior.	130
Tabela 28 – Distribuição absoluta e relativa das respostas dos fonoaudiólogos em relação ao que é mais prejudicado quando existe alimentação pastosa.	134
Tabela 29 – Distribuição absoluta e relativa das respostas dos fonoaudiólogos em relação ao que é menos prejudicado quando existe alimentação pastosa.	134
Tabela 30 – Distribuição absoluta e relativa do número de fonoaudiólogos que fazem perguntas sobre alimentação na anamnese.	136
Tabela 31 – Distribuição absoluta e relativa das razões que levam o fonoaudiólogo a fazer perguntas sobre alimentação em sua anamnese.	137
Tabela 32 – Distribuição absoluta e relativa do número de fonoaudiólogos que faz orientações para mudanças de hábitos alimentares.	139
Tabela 33 – Distribuição absoluta e relativa das razões que levam o fonoaudiólogo a orientar mudanças nos hábitos alimentares.	140
Tabela 34 – Distribuição absoluta e relativa dos índices de efetividade das orientações sobre alimentação propostas para as famílias.	142
Tabela 35 – Distribuição absoluta e relativa referente à atribuição de culpas pelo não seguimento das orientações.	143
Tabela 36 – Distribuição absoluta e relativa dos índices de controle sobre o seguimento das orientações.	145
Tabela 37 – Distribuição absoluta e relativa dos índices relativos à forma de controle de seguimento das orientações.	146
Tabela 38 – Distribuição absoluta e relativa dos índices de comprovação de mudança de hábitos alimentares no momento da alta do paciente.	147
Tabela 39 – Distribuição absoluta e relativa da atitude do fonoaudiólogo frente à alta estando a queixa resolvida sem que tenham ocorrido mudanças nos hábitos alimentares.	149
Tabela 40 – Distribuição absoluta e relativa indicativas dos argumentos empregados pelos fonoaudiólogos para justificar a alta quando não houve mudanças nos hábitos alimentares.	150
Tabela 41 – Distribuição absoluta e relativa indicativa dos argumentos empregados pelos fonoaudiólogos para justificar que somente às vezes dão alta para os pacientes que não modificaram seus hábitos alimentares.	151
Tabela 42 – Distribuição absoluta e relativa indicativa dos argumentos empregados pelos fonoaudiólogos para justificar por que não dão alta para os pacientes que não modificaram seus hábitos alimentares.	152

## RESUMO

### Práticas fonoaudiológicas: uma visão compreensiva

O trabalho discute algumas práticas da fonoaudiologia a partir do que é realizado em terapia pela maioria dos profissionais. A orientação para mudanças de hábitos alimentares foi o ponto de partida. Foram realizados dois questionários. Um foi aplicado em 202 fonoaudiólogos na tentativa de compreender como e por que eles faziam orientações alimentares. O segundo questionário foi aplicado em 697 crianças e seus respectivos pais, com o intuito de conhecer quais são os alimentos mais utilizados nos dias atuais. Procura-se mostrar que apesar destas orientações serem quase sempre utilizadas, nem sempre são efetivas. Mesmo assim, os profissionais permanecem com esta prática de orientação. Qual seria a razão de práticas como estas continuarem sendo realizadas mesmo quando não são efetivas? Este trabalho procura mostrar a dificuldade que existe para se mudar o que é estabelecido como regra dentro de uma profissão; as relações de poder que existem entre os profissionais; os medos envolvidos em qualquer mudança ou, ainda, como os profissionais de uma determinada profissão estão engajados em um jogo com regras bastante explícitas, as quais não devem ser desrespeitadas.

## SUMMARY

### Speech Therapy Practices: A Comprehensive Vision

*The work discusses practices in speech therapy as from what is being realized by most professionals. An orientation for changes in eating habits was the starting point. Two questionnaires have been applied. One of them was applied to 202 speech therapists on an attempt to understand how and why their eating habit orientations have been devised. The second questionnaire was applied to 697 children and their parents on an attempt to find out which types of food they have been eating. The findings try to show that although those orientations are regularly utilized, not always are they effective. Even so, professionals still keep those orientation practices. What makes professionals keep those ineffective practices? The work tries to show the existing difficulty in changing fixed rules in a certain profession; relations of power among professionals; reluctance to changes or, still, how certain groups of professionals get involved in a game with very explicit rules that cannot be broken.*

## Introdução

Inspirada em Norbert Elias, em especial na análise psicosociológica que o autor faz em “Mozart: Sociologia de um Gênio” (1991), procuro esclarecer os motivos que me levaram à escolha da alimentação como tema desta tese. Adiciono a esta inspiração, como em uma boa receita, minha própria trajetória familiar. Durante a leitura desta pesquisa sobre a vida de Mozart, pude observar como a infância deste músico marcou, de modo profundo, toda sua trajetória profissional. Identifiquei-me, de certa forma, com esta história porque, como tento mostrar no primeiro capítulo deste trabalho, o tema alimentação é algo que tem estado em minha vida desde muito cedo e que permanece até hoje, em minha atividade profissional.

O objetivo principal deste trabalho é o de procurar analisar a prática fonoaudiológica a partir de uma visão compreensiva. Entender as razões de determinadas formas de proceder parece-me um excelente caminho, não só para melhor visualizar a razão de sucessos e de insucessos, mas também para refletir sobre tais práticas, e para antever outros caminhos, talvez mais favoráveis. Minha intenção não é a de resolver todas as dúvidas existentes, o que seria uma proposta irreal. O que dirige este trabalho é a pretensão de que, ao percorrer os caminhos que levaram a estas formas de proceder, torne-se possível para nós, fonoaudiólogos, termos uma visão mais clara e reflexiva de certas crenças, ou pressupostos que, tão fortemente, povoam nossas práticas.

Escolhi o tema alimentação por ser esta uma das grandes preocupações do profissional que trabalha com motricidade oral. Preocupação que se inicia na anamnese e que permanece até a alta, chegando a ponto de ser quase uma obsessão para o fonoaudiólogo. A alimentação tem sido considerada como causa de muitos problemas tratados na clínica fonoaudiológica. Acredita-se que, quando a alimentação não é a causa direta de um problema, ela deva ser, no mínimo, um fator coadjuvante. Para que a alta ocorra, espera-se que a alimentação tenha mudado, quantitativa e qualitativamente. Até mesmo a forma de comer tem sido motivo de discussão e de cuidados.

Para desenvolver este trabalho, no capítulo um procuro explicar, partindo de minha infância até minha vida adulta e profissional, o porque da alimentação ser um tema importante para mim. A partir disto, mostro como o fonoaudiólogo está profundamente envolvido com este tema que, como foi apontado, parece ter a dimensão de uma obsessão.

No capítulo de número dois é apresentada uma revisão bibliográfica comentada, a partir da qual é exposta uma série de razões que parecem levar o fonoaudiólogo a acreditar que a alimentação seja tão importante para o desenrolar de seu trabalho. Este capítulo também é composto por um breve levantamento do que a mídia fala sobre o assunto alimentação. Tais artigos são analisados com o objetivo de se mostrar a influência que a mídia pode ter na vida das pessoas e, conseqüentemente, no trabalho fonoaudiológico.

O terceiro capítulo está voltado para a apresentação dos resultados de uma pesquisa realizada com 697 crianças entre 4 anos e 7 meses e 7 anos de idade, cuja finalidade foi caracterizar hábitos e padrões alimentares de uma população de crianças consideradas normais. Pretende-se, a partir da obtenção de tal perfil, buscar dados mais concretos no sentido de estabelecer possíveis relações causais entre alimentação e problemas de ordem fonoaudiológica.

Sempre tive o desejo de verificar, de uma forma mais objetiva, se crianças consideradas normais teriam feito uso de alimentos diferentes daqueles oferecidos a crianças que freqüentam as clínicas fonoaudiológicas por apresentarem problemas na área da motricidade oral.

Minha hipótese era de que a alimentação de crianças consideradas normais deveria ser predominantemente tão pastosa quanto aquela encontrada na dieta da maioria de nossos pacientes. Se esta hipótese se confirmasse, poderíamos questionar qual o sentido de o fonoaudiólogo orientar mudanças de hábitos alimentares.

Uma segunda pesquisa ainda foi realizada solicitando-se a uma série de fonoaudiólogos que respondessem a um questionário com treze questões. Todo o questionamento estava voltado para uma caracterização mais precisa de como eles estariam lidando com o tema alimentação. A intenção era verificar se era claro para eles que muitos pacientes apresentavam dificuldades para mudar hábitos alimentares, não simplesmente por má vontade ou falta de empenho, mas por uma série de outras razões. Indo um pouco mais além, também havia interesse em verificar se estariam sendo formuladas hipóteses a respeito de prováveis insucessos terapêuticos. Enfim, era importante conhecer um pouco mais das práticas e pressupostos da Fonoaudiologia. Mais do que conhecer ou constatar, o objetivo desse trabalho foi a busca da compreensão, principalmente à luz do próprio fazer profissional. Teoria e prática, relações às vezes difíceis de serem compreendidas no tempo de nosso fazer. Algumas palavras de Gilles Deleuze (Foucault pg. 69, 1984) podem definir melhor esta relação:

*“Talvez seja porque estejamos vivendo de maneira nova as relações teoria - prática. Às vezes se concebia a prática como uma aplicação da teoria, como uma consequência; às vezes, ao contrário, como devendo inspirar a teoria, como sendo ela própria criadora com relação a uma forma futura de teoria. ... A prática é um conjunto de revezamento de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro”.*

O último capítulo, finalmente, objetiva relacionar o vasto conjunto de fatos obtidos a partir dos achados das pesquisas de campo, de estudos já publicados na literatura especializada e das matérias produzidas pela mídia. Tomo como referência, para análise e reflexão, a experiência clínica que tenho adquirido ao longo de minha experiência profissional.

## 1. Por que alimentação?

Não sabia bem por onde começar esta tese de doutorado. As primeiras palavras sempre são as mais difíceis de aparecer. Procurei me lembrar do que teria me levado a escrever sobre alimentação. Nesta tentativa pude perceber como que, para mim, em momento algum, as coisas da vida profissional estiveram separadas da minha vida pessoal. Por que este tema, alimentação, e não outro? Existem tantas memórias em um percurso de vida que de fato é difícil saber por onde começar e escolher um tema. Talvez valesse a pena voltar no tempo. Deixar minhas lembranças recaírem sobre a casa de Santos onde morei com meus pais, cinco irmãos, cachorro e passarinhos. Fatos corriqueiros de qualquer família que se diz normal.

Meu pai, filho de italiano, ama a cozinha e sempre achou que os filhos, mesmos os meninos, deveriam ajudar a mãe em tudo, principalmente na cozinha. Ele dizia que nossa mãe não era empregada de ninguém. Isto fez com que todos nós nos familiarizássemos, rapidamente, com atividades como pôr e tirar a mesa para as refeições, lavar a louça e, acima de tudo, desejássemos ser ajudantes de cozinha. O que era ser ajudante de cozinha? Era poder acompanhá-lo, enquanto cozinhava, descascando e picando os ingredientes para a refeição que preparava. Era uma verdadeira festa! Fui, por ser a mais velha, a primeira ajudante de cozinha da casa. Fiquei orgulhosa com o cargo. Assim fui introduzida neste mundo mágico e afetivo dos alimentos.

Hoje, todos nós, eu e meus irmãos, cozinhamos. Acima de tudo, gostamos de mostrar nossas habilidades culinárias para os outros. Já dizia alguém que foi o meu melhor amigo: “Aqueles que gostam de comer são a alegria dos cozinheiros”. Para mim, cozinhar é uma demonstração de afeto para meus familiares e amigos. Mas, como dirá o leitor, o que tem isto a ver com uma tese de doutorado? Tudo, responderei.

Na época do vestibular, eu queria ser médica, como quase todos da minha turma. Como eram muitos candidatos para cada vaga, não consegui ser aprovada. Mas sou do tempo da segunda opção no vestibular. Por isso, acabei escolhendo a Fonoaudiologia, por achá-la próxima da Medicina. E este foi o meu destino. Um feliz destino, posso afirmar.

Considero uma felicidade não ter um pai rico. Assim sendo, trabalhei, desde a época do cursinho para cooperar com as despesas familiares. Trabalhei, ainda, para pagar minha faculdade. Acredito que isto significou, após a graduação, entrar na vida profissional com mais maturidade e

segurança do que a maior parte das pessoas que comigo se formaram. Sendo a filha mais velha de uma família de seis filhos, tomei muitas decisões em conjunto com meus pais. Inicialmente em relação a problemas domésticos e, depois, até econômicos. A faculdade, de acordo com seu papel, deu-me conhecimentos técnicos. Por sua vez, considero que minha experiência familiar e pessoal me possibilitaram ser o que sou hoje. Aquela jovem ajudante de cozinha tornou-se muito observadora, pois queria, acima de tudo, ser admirada por seus pais. E, para tanto, nada melhor do que fazer tudo da maneira o mais perfeita possível.

Terminando a graduação em Fonoaudiologia, em dezembro de 1977, comecei a desenvolver um trabalho clínico. Talvez, por um desses acasos do destino, os quais não se compreendem bem, a grande maioria dos pacientes que me procuravam vinham de dentistas. Mais precisamente, traziam a queixa de que não mastigavam ou deglutiam bem, que havia problema de baba ou, ainda, que respiravam mal. Enfim, eram pacientes com problemas de motricidade oral. Esta demanda levou-me a estudar e a procurar vários cursos nesta área.

Pouco tempo depois já estava ministrando aulas na Faculdade de Fonoaudiologia da Universidade de São Paulo - USP e, em seguida na Pontifícia Universidade de São Paulo - PUC - SP. Minha vida profissional estava dividida entre o atendimento clínico, predominando os casos de alterações da motricidade oral e a atividade docente, lecionando disciplinas a respeito desses mesmos tipos de problemas. Tive, nesta época, a oportunidade de criar um serviço dentro da FEBEM - Fundação do Bem Estar do Menor, oferecendo um estágio supervisionado. Neste serviço atendia-se crianças com diversas dificuldades, desde as que falavam errado até aquelas que apresentavam problemas em relação à motricidade oral. Este trabalho teve a duração aproximada de quatro anos.

Começou também cedo, em minha vida profissional, a atividade de supervisionar fonoaudiólogos, já formados, que me procuravam para discutir casos de pacientes com problemas de motricidade oral. Em 1983, com mais três fonoaudiólogas, criamos o CEFAC - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Como o próprio nome sugere, organizamos um curso de pós graduação, com a duração de dois anos, cujo objetivo era aprofundar a formação profissional. Coube a mim coordenar e ministrar os cursos de formação na área de motricidade oral. Naturalmente, os artigos que tenho produzido, assim como minha dissertação de mestrado, são na área da motricidade oral. A partir de tal história, nada seria mais natural, então, do que seguir no doutorado com um tema dentro desta área.

Porém, poderíamos perguntar se estaria a alimentação dentro da área da motricidade oral. Esta resposta implica alguma explicações.

- **O Diagnóstico**

Podemos dizer, inicialmente, que existem, na Fonoaudiologia, alguns procedimentos típicos quanto ao atendimento dos pacientes. Começa-se com uma anamnese, composta por um conjunto de perguntas sobre a vida do paciente. Seu objetivo é conhecer a história do paciente e verificar possíveis causas que permitam compreender a queixa trazida. Muitas vezes os fatores causais podem estar ainda presentes., sendo que, nestes casos, precisam ser eliminadas o mais rápido possível.

É forte a crença entre os fonoaudiólogos, de que alguns problemas ligados à motricidade oral, como babar, roncar, falar com distorção, mastigar mal, deglutir de forma inadequada, respirar pela boca, apesar de boas condições para uma respiração nasal, tono inadequado, movimentos imprecisos de língua e de lábios, podem ser causados por uma alimentação inadequada. E, o mais importante: o que tem sido considerado como uma alimentação inadequada? Comer apenas um determinado tipo de alimento, comer alimentos pastosos durante muito tempo, não ter mamado no peito e ter tomado muita mamadeira no lugar de comida, geralmente entram na categoria de alimentação inadequada.

Aprende-se que a alimentação tem uma forte influência, positiva ou negativa, sobre o crescimento crânio facial e também sobre as funções de deglutição, mastigação, respiração e fala, todas envolvendo os órgãos fono articulatórios (língua, lábios e bochechas). É claro que não é só a alimentação que é a responsável pelas alterações encontradas mas, a ela, atribuímos um grande peso.

Em seguida à anamnese, vem o exame.

Nessa situação, procuram-se indícios de que a história relatada na anamnese, quando ligada a uma alimentação considerada inadequada, esteja refletida, de alguma forma, na face do paciente. Nestes casos, quando é encontrada uma musculatura facial com tono avaliado como inadequado, ou que possa estar executando mal as suas funções, têm-se elementos que, supostamente, comprovam a tese de que a alimentação causou seus danos. Em verdade, o terapeuta procura no passado, através das reminiscências do paciente, indícios que o levem a compreender o presente e projetar o futuro (Goff,1990).

Após a constatação de que a forma de se alimentar do paciente (uso inadequado de mamadeira, emprego de muitos alimentos pastosos) pode estar associada ao problema apresentado pela criança, como falar errado, por exemplo, o passo seguinte será orientar como “alimentar melhor” para que a criança possa, neste caso, “falar melhor”. Tempos felizes quando eu assim também pensava. Não havia dúvida.

Porém, esta segurança durou pouco. Aquele hábito de observar atentamente, aprendido na cozinha de meus pais, estava presente também nestas novas situações. Não era possível que fosse tão fácil assim, tão óbvio.

Mas, como e por que ter dúvida se, praticamente todos com quem pude conversar a respeito, afirmavam que a alimentação é uma das causas das alterações da motricidade oral.

Porém, quanto mais trabalhava com supervisões e atendia pacientes, mais questionadora ficava a respeito desta ligação tida como tão óbvia e clara. Mais difícil era tentar provar que a alimentação, mesmo quando inadequada, poderia não ser a causadora de tantos problemas. E se eu demonstrasse que minha hipótese fazia sentido?

Veio então a ideia de verificar esta questão de modo mais aprofundado sem, no entanto, mexer com os dogmas da prática clínica. Passei a analisar pessoas que não apresentavam problemas. Parti para a observação do que podemos chamar de normalidade, ao contrário das abordagens que estudam indivíduos já considerados, de antemão, portadores de alguma alteração.

Comecei a fazer um levantamento atento a respeito dos hábitos alimentares de pessoas consideradas normais, procurando caracterizar os tipos de alimentos que utilizavam em suas refeições assim como o modo de prepará-los. Surpresa! De maneira geral, seus hábitos alimentares eram basicamente os mesmos dos casos tidos como “patológicos”. Pergunta simples: se eles apresentam o mesmo padrão de alimentação que é responsável pelas alterações daqueles que são os nossos pacientes, porque não são pacientes, ou seja, por que não estão tendo os mesmos tipos de problemas? Nesta caracterização de padrões alimentares de pessoas consideradas normais do ponto de vista de problemas fonoaudiológicos, foi possível constatar que a alimentação está fortemente ligada aos costumes e valores de uma determinada população em um determinado período de suas transformações culturais. Em síntese, o que paciente faz com sua alimentação não difere, em sua essência, daquilo que se observa nas demais pessoas. Resultado: tornou-se mais difícil, ainda, sustentar, sem questionamento, a relação causal entre alimentação e distúrbios das funções orais.

Para ilustrar a relação entre costumes e alimentação, podemos nos lembrar, por exemplo, que gregos e romanos preparavam alimentos cortados em pedaços reduzidos a croquetes ou bolinhos, ou ainda a purê, isto porque comiam deitados de lado com apoio sobre o cotovelo. Desta forma, tinham que pegar o alimento com uma única mão e, para que isto fosse possível, reduziam as comidas a pequenos pedaços (Revel, 1996). Neste caso, como o interesse era comer deitado, foi necessário realizar uma adaptação da comida para esta posição.

- **Conto popular**

*João foi jantar na casa de Maria. Ao chegar, observou que ela estava cortando as cabeças dos peixes antes de fritá-los. Curioso, perguntou a razão da cabeça ser jogada fora. Maria disse que, obviamente, era assim que deveria ser, que estava apenas repetindo o que sua mãe fazia. João, não satisfeito com tal resposta, insistiu para que ela telefonasse para a mãe, D. Margarida e perguntasse a razão. D. Margarida, surpresa com a pergunta, respondeu que, "logicamente", assim deveria ser. Afirmou que este era o modo que ela havia aprendido com sua mãe, avó de Maria que, pela contínua insistência de João, também acabou sendo consultada. D. Emília, a avó, por sua vez, assumiu um ar muito sério e respondeu:*

*"Quando eu me casei só tinha dinheiro para comprar uma frigideira pequena, a mais baratinha de todas. Os peixes que eu preparava eram muito maiores do que ela. O jeito era cortar fora a cabeça deles. Depois, mesmo com as frigideiras maiores, virou costume."*

## • As Práticas

As supervisões sempre foram de grande importância nos rumos tomados pelo meu raciocínio. Os muitos fonoaudiólogos que têm me procurado, ao longo do tempo, para discutir possíveis procedimentos para seus casos mais difíceis, ajudam a ver que temos dúvidas semelhantes, muitas vezes abordadas de maneiras distintas. Durante as supervisões, passei a tentar compreender como é que os fonoaudiólogos lidariam com as contradições que iam sendo apontadas por mim. Curiosamente, de modo geral, as contradições pareciam estar somente na minha cabeça, e não na deles. Comecei a questioná-los a respeito do por quê que determinadas perguntas invariavelmente sempre apareciam nas supervisões, e mesmo em aulas: *“O quê fazer com o paciente?”*, *“Como fazer?”*, *“Quantas vezes fazer?”*, como se uma série de exercícios pudesse vir a ser a solução. Por quê não surgiam questões que revelassem uma atitude de quem está buscando compreender o caso: *“O que é que o paciente tem?”*, *“Quais as possíveis causas?”*, *“Por quê empregar determinada técnica?”*, *“Quando empregá-la?”*, e assim por diante.

Estas situações repetitivas me causavam até mesmo irritação que, por sua vez, poderia estar refletindo minha inquietação sobre o tema alimentação, sempre presente na discussão dos casos. Como encontrar as respostas para minhas indagações? Estariam minhas hipóteses corretas? Como dirigir, com dados objetivos e comprovados, a atuação dos fonoaudiólogos para uma abordagem mais compreensiva dos casos, de modo que as contradições pudessem também surgir em suas cabeças?

Algum tempo se passou e, a partir de meu interesse em compreender como a Fonoaudiologia teve início no Brasil, especialmente nas suas relações com a Odontologia, muitas coisas começaram a se esclarecer. Pude compreender, por exemplo, que aquelas perguntas que tanto me irritavam, *“o que fazer”* e *“como fazer”*, nada mais eram do que um simples reflexo da nossa formação. Os fonoaudiólogos surgiram com a finalidade de suprir a necessidade de outras profissões que, embora capacitadas para realizar diagnósticos, precisavam de alguém para a execução do trabalho técnico, ou seja, fazer a reabilitação de algo já previamente diagnosticado por médicos, dentistas ou psicólogos (Figueiredo, 1988). Um profissional preparado para fazer, e não compreender.

Refletindo melhor sobre o início da profissão, levei para as aulas e supervisões uma enorme vontade de fazer meus colegas repensarem o nosso fazer clínico.

O diagnóstico tornou-se um foco de interesse especial e nada mais me importava a não ser fazer diagnósticos precisos. Foi um momento de aprendizagem e muitas reflexões.

O fato de ensinar faz-me sentir com a mesma responsabilidade que eu sentia pelos meus familiares. Pareço reproduzir o meu legado de filha mais velha, que precisa ajudar e cuidar dos menores. Sendo assim, estudo mais, leio mais, procuro soluções, pois não quero decepcionar meus alunos e colegas e nem deixá-los com dúvidas ou dificuldades. Tentei obsessivamente, fazer com que suas perguntas fossem outras: “*quando*” e “*por que*” se deve fazer determinada ação na terapia. Passei a repetir, sem parar, para todos, esta equação de minha preferência.

Tentei encontrar um novo equilíbrio. As perguntas sobre alimentação, que me pareciam inúteis na anamnese, talvez pudessem trazer algumas respostas. Apliquei alguns questionários em meus alunos da pós graduação. Queria saber o que eles perguntavam sobre alimentação em suas anamneses, o que orientavam aos pais e ao paciente sobre o que comer, se a orientação era seguida ou não e, acima de tudo, qual a relação que viam com a queixa inicial. As respostas destes primeiros questionários serviram como base para o questionário definitivo, que foi usado nesta tese de doutorado. Ao elaborar as questões meu objetivo era, por um lado, conhecer com mais detalhes as práticas e, por outro, propiciar aos fonoaudiólogos um momento de reflexão sobre suas ações. Minha expectativa era a de que ao finalizarem o questionário, estes fonoaudiólogos pudessem dar-se conta de possíveis contradições inerentes às suas práticas. Este tipo de situação tem sido apontado como altamente favorável para produzir mudanças no plano da consciência (Goldmann, 1975).

Em terapia, procurei conhecer, com mais detalhes, o que os pais e os pacientes pensavam sobre a alimentação, como a preparavam, quais eram os rituais, e assim por diante. Ficou evidente que, com certa frequência, o ato de comer era apenas uma rotina, às vezes até desagradável, na vida de algumas pessoas, principalmente das mulheres que se viam obrigadas a cozinhar sem gostar. Outros, ainda, tinham medo de engordar, e tratavam a comida como algo perigoso, de risco. Percebi estar envolvida novamente com minha infância e pensei muito no que me havia levado a apreciar tanto as comidas e a gostar também de prepará-las.

Muitas recomendações que fazem parte da terapia fonoaudiológica parecem desconectadas do mundo em que o paciente vive. Orientações do tipo “coma coisas duras para ter um tono melhor e crescer direitinho”, podem gerar situações contraditórias, e até cômicas. Por exemplo, quando se recomenda a um paciente que coma uma cenoura crua por dia, ele pode pensar “Não sou coelho para comer cenoura”. Se pedimos que coma um pedaço de coco, ele pode pensar “Não moro na Bahia”. Em geral, pacientes mais esclarecidos, nestes momentos, não podem deixar de sorrir e comentar, às vezes num tom jocoso: “Acho que eu vou precisar morar numa fazenda para poder ficar mordendo pedaços de cana como a senhora está mandando. Na cidade, no máximo, a gente encontra caldo de cana.”

A terapia deveria acompanhar o que acontece no dia a dia de uma sociedade e, em especial daquela família que está sendo atendida. Deveria ser algo que interessasse e fizesse parte do contexto do paciente. A terapia não pode ser um conjunto de regras sem sentido para o paciente e sua família.

Resumindo, a Fonoaudiologia estabeleceu, de alguma forma, que comer determinados alimentos pode gerar problemas. Determinou, ainda, que deve promover mudanças de hábitos alimentares para resolver estes problemas. Inicialmente, na prática, são feitas uma série de perguntas sobre alimentação que, em geral, servem de base para orientar as mudanças desejadas. Porém, na maior parte das vezes, não se faz um acompanhamento para verificar se as orientações estão sendo seguidas e, curiosamente, muitos pacientes recebem alta, independentemente de qualquer modificação em seus hábitos de alimentação. De modo pouco compreensível, estas contradições tendem a passar completamente despercebidas.

Apesar de, com meus 21 anos de “práticas fonoaudiológicas”, estar atingindo a maturidade em termos profissionais, refletir sobre elas soou como algo muito ambicioso. Porém, minha curiosidade e o desejo de compreendê-las, levou-me adiante. O ponto de partida foi a alimentação, não simplesmente vista como um conjunto de alimentos, preparados de determinadas maneiras e que as pessoas ingerem com a finalidade exclusiva de garantir funções vitais. Procurei entendê-la no contexto das relações pessoais e das influências sócio-culturais que determinam sua diversidade e modos de preparo.

O conto popular acima apresentado, relatando o jantar na casa de Maria, serve exatamente para ilustrar o quanto que uma série de ações podem se repetir ao longo do tempo sem que se saibam

suas razões ou finalidades. É incrível pensarmos quanto as ações se reproduzem, transformando-se em rotinas ou hábitos, sem que haja uma compreensão de que poderiam estar sendo realizadas de outra forma, talvez até mais eficientes. Curiosamente, podem chegar a um enraizamento tão grande que se transformam em verdades, muitas vezes absolutas.

Retomando meu trabalho como terapeuta, e também acompanhando o dia a dia dos fonoaudiólogos, tem sido possível observar que, muito freqüentemente, as práticas adotadas nem sempre ajudam efetivamente na terapia e, conseqüentemente, na resolução dos problemas. Então, o que estaria levando o fonoaudiólogo a repetir certas práticas, apesar de nem sempre as mesmas serem efetivas? Que razões tão fortes poderiam ser estas: a ausência, unicamente, de uma atitude mais reflexiva ou um receio de infringir as regras tão bem estabelecidas de um jogo? Como ousar questionar o que é tido como tão óbvio e evidente?

Quando eu ainda era estudante da graduação, algumas normas do “jogo fonoaudiológico” já me intrigavam. Por exemplo, por que as terapias deveriam ser realizadas duas vezes por semana, com sessões de quarenta e cinco minutos de duração cada? Meu ímpeto de questionar os professores era grande: quem havia estipulado, quais as razões, e se fosse de outra forma? Porém, o medo da autoridade me impedia de ir adiante. Afinal, perguntar sobre algo que parecia tão óbvio, tão consensual, não tinha sentido, principalmente porque ninguém parecia se preocupar com o assunto.

Por ter começado a atuar com Motricidade Oral desde muito cedo, em pouco tempo foi possível constatar o quanto era difícil manter uma terapia de 45 minutos com o paciente pois, após um certo tempo, os músculos já estavam estafados com os exercícios aplicados. Uma parte da sessão, portanto, tornava-se improdutiva. Um ano após o início da clínica, reduzi o tempo de minhas terapias para 30 minutos. Esta mudança fez-se acompanhar de um medo de estar cometendo algum erro terrível. A culpa me consumiu por um bom tempo. Hoje em dia, inúmeros fonoaudiólogos adotam tempos diferentes de terapia. Estes tempos são baseados nas diferentes patologias com que se trabalha, na capacidade do paciente de se concentrar na terapia, e assim por diante. Uma regra do jogo que foi modificada.

Outro ponto que me intrigava era por que a anamnese tinha que ser feita em uma primeira sessão, só com os pais, antes de se conhecer o paciente. Em um segundo momento vinha o exame do paciente e, por último, a devolutiva para os pais. Manter esta ordem era algo quase sagrado. Perguntava-me: por que não posso fazer a anamnese diretamente com o paciente? Será que ele não

sabe contar a própria história? Será que não teria nada interessante para dizer sobre seu problema? Como estas questões me incomodavam, comecei a introduzir algumas modificações. Passei a fazer a anamnese diretamente com paciente, para em seguida conversar com os pais. Depois, em outro momento, comecei a fazer a anamnese com o cliente, na presença dos pais. Assim, fui experimentando novos jeitos até encontrar uma maneira com a qual me sentisse mais confortável, sem regras, mudando de acordo com o tipo de paciente família e, principalmente, da patologia apresentada. O que se mantém na anamnese e no exame são alguns princípios. Precisamos conhecer a história e realizarmos exames precisos para fazer considerações diagnósticas, que envolvem relações causais. A forma como isto é feito não é o mais importante.

Outras normas, ligadas ao nosso dia a dia de vida em sociedade também sempre me intrigaram. Neste sentido, algumas normas ligadas às refeições me chamam a atenção. Por que colocar um guardanapo no colo para comer, quando o perigo maior está na região do peito? Por exemplo, molho de macarrão tem direção certa: espirra invariavelmente no peito. Então, por que não colocar o guardanapo no peito? Experimente fazer isto, no meio de um jantar formal, e prepare-se para as prováveis reações de surpresa ou indignação. Outros dirão, “É verdade eu nunca pensei nisto”. Mas ninguém ousará, na hora do jantar, sentar-se à mesa e não colocar o guardanapo no colo. Se alguém o amarrar no pescoço será considerado, no mínimo, estranho.

Minha preocupação e curiosidade a respeito de normas, ou regras, levou-me a buscar informações históricas sobre o uso do guardanapo. Lendo o livro “Processo Civilizador” (Elias, 1994), foi possível encontrar a razão de muitas outras regras, entre elas a dos guardanapos. Transcrevo aqui pequenos trechos deste livro para acompanharmos um pouco desta história. As normas envolvendo o uso de guardanapos foram criadas não só por uma questão de higiene mas, principalmente, para uma diferenciação de classes. Originadas na corte francesa, surgiram da seguinte forma: “*Se um guardanapo é fornecido, ponha-o sobre o ombro esquerdo ou no braço*”. Na medida em que tal regra foi se tornando popular, deixando portanto de ser um elemento diferenciador de posições sociais, sofreu novas modificações entre os nobres: “*O guardanapo que é posto sobre o prato, tendo a finalidade de preservar a roupa de manchas e outras sujeiras inseparáveis de refeições, deve ser colocado sobre a pessoa de modo que cubra a parte fronteira do corpo até os joelhos, passando sob a gola mas não por dentro dela*” (pg.107).

Parece ser interessante, ainda, citar uma passagem do mesmo livro que reproduz um diálogo que tem como tema central o conhecimento de regras (pg.108)

De uma conversa sobre o poeta Delille e o abade Cosson em 1786.

*Há pouco tempo, o abade Cosson, professor de Belas Letras do Collège Mazarin, falou-me a respeito de um jantar a que comparecera alguns dias antes com algumas pessoas da corte em Versalhes.*

*“Aposto”, disse eu a ele, “que você cometeu uma centena de gafes”.*

*“O que é que você quer dizer com isso?”, respondeu imediatamente o abade Cosson, muito perturbado. “Acho que fiz tudo da mesma maneira que todo mundo.”*

*“Que presunção! Aposto que não fez nada da mesma maneira que todo mundo. Mas vou me limitar ao jantar. Em primeiro lugar, o que fez com o guardanapo, quando se sentou?”*

*“Com o guardanapo? Fiz o que todo mundo fez. Abri-o, desdobrei-o e prendi-o por um canto na casa de um botão.”*

*“Bem, meu querido amigo, você foi o único que fez isso. A gente não abre todo o guardanapo, coloca-o sobre os joelhos.”*

É incrível como uma regra criada por volta de 1786 seja utilizada até hoje, embora poucos saibam de suas razões e origens. De qualquer forma, é uma regra que, a meu ver, continua diferenciando classes sociais. Mudar regras, ou hábitos, tão arraigados, não é tão simples. Ousar criar novas formas de proceder parece muito complicado, algo apenas acessível aos sábios e poderosos. Aos simples mortais cabe simplesmente repetir, sem questionamentos.

Mas, voltando ao nosso tema, a coleção de regras ou normas que circulam pela Fonoaudiologia, de origens e razões nem sempre conhecidas, podem ser incluídas no conjunto das práticas fonoaudiológicas. E é deste tipo especial de prática que este trabalho trata: das ações que se mantêm por repetição, sem uma razão clara ou definida e de efeitos questionáveis, como vimos nas histórias aqui relatadas.

Sempre dei muita atenção para as questões levantadas nas supervisões. Durante todo o ano de 1992, a fonoaudióloga Lúcia Gurgel transcreveu as minhas supervisões, documentando os problemas trazidos e suas discussões. Retomei este material para compará-lo com as questões trazidas para

supervisão durante o ano de 1997. Resultado: grupos diferentes, mas as dúvidas eram as mesmas. Não importava o tempo de formado dos integrantes dos grupos, as questões na área de motricidade oral giravam sempre em torno dos mesmos temas, como se determinados problemas jamais tivessem solução. Passei a gravar as supervisões pois queria, mais do que ouvir os fonoaudiólogos e suas dúvidas, ouvir a mim mesma. Como eu lidava com tais situações?

No caso da alimentação, havia um descompasso entre as propostas de terapia e as verdadeiras mudanças no tratamento. Era intrigante constatar o fonoaudiólogo fazendo orientações, o paciente não cumprindo, e ambos fazendo de conta que tudo estava correndo bem. Talvez fosse por isso que as perguntas se repetiam, não importando o grupo de alunos. O problema, talvez, não estivesse no fato do paciente não cumprir o que lhe era sugerido. Ele poderia estar centrado nos profissionais que não estavam conseguindo compreender por que as orientações não eram seguidas.

Compreender esta postura implica abordar a questão da hipótese diagnóstica que deve finalizar a avaliação do paciente. Em geral, não se busca um diagnóstico preciso, optando-se por aplicar os procedimentos considerados padrão para tal classe de problemas. Ou seja, têm-se, já pronta, de antemão, a solução para um problema que ainda não se conseguiu compreender direito. Isto significa propor uma terapia que pode não estar levando adequadamente em consideração as características do paciente.

Faz parte das práticas fonoaudiológicas considerar como fundamental a aplicação de exercícios para casos de problemas com os órgãos fono articulatórios. Inicia-se com exercícios para fortalecimento do tono, depois, para melhorar a mobilidade e outros, ainda, para a propriocepção. Somente após estas séries de exercícios, parte-se para a reabilitação da função problemática propriamente dita. Conforme discuto em minha tese de mestrado, passei a introduzir mudanças significativas, partindo diretamente para a terapia baseada diretamente nas funções (Marchesan, 1989), que se mostrou efetiva para muitos casos.

Retomando a questão da anamnese, por que certos temas por ela abordados continuavam os mesmos dos “velhos tempos” da faculdade, apesar dos novos tempos?

Mais especificamente, por que sempre as mesmas perguntas sobre a alimentação? Para uma análise mais precisa deste problema talvez seja melhor focar não a alimentação em si, mas a nossa prática. Aprende-se que os problemas da motricidade oral, que englobam funções orais ligadas à

fala, mastigação, deglutição e respiração, podem ser causados por uma alimentação inadequada. Aprende-se, ainda, que o tono e a mobilidade das estruturas orais também podem se alterar por causa da alimentação. As principais causas seriam: a não amamentação no peito ou um tempo reduzido de amamentação; o uso prolongado da mamadeira, e bicos de mamadeira com furos grandes, e a alimentação predominantemente pastosa durante os primeiros anos de vida.

Guiado por esta hipótese de que a alimentação é uma das “vilãs” nos problemas da motricidade oral, o fonoaudiólogo, na sua anamnese, irá dar grande ênfase às perguntas a ela relacionadas. Fará, ainda, questão de orientar os pais e os pacientes no sentido de modificar hábitos alimentares inadequados. O problema é que os pais podem não compreender bem este tipo de informação “técnica” sobre práticas alimentares pois, para eles, o que importa é que os filhos sejam “bem alimentados”. O conceito de estar “bem alimentado” varia de família para família. Para os pais, as correlações feitas pelo fonoaudiólogo entre a queixa e a alimentação podem parecer estranhas. Além do mais, ao levantar-se, como hipótese, que o problema apresentado foi provocado pela alimentação, cria-se um sentimento de que os pais são os responsáveis.

Nas supervisões os pais, via de regra, também são apontados como responsáveis por não seguirem apropriadamente as orientações. Nestes casos, minha resposta sempre assume a forma de indagações: Por quê, então, continuar propondo mudanças alimentares que pais e pacientes não cumprem? Podemos ir até um pouco mais além e fazermos mais duas perguntas. Em primeiro lugar se, apesar dos pacientes não mudarem seus hábitos alimentares, o problema chega a ser resolvido, ou não. Em segundo lugar se, após o problema inicial ter sido solucionado, o paciente receberia alta, mesmo sem ter mudado seus hábitos alimentares. É claro que estas questões sempre desconcertam os fonoaudiólogos pois, de acordo com seus depoimentos, os tratamentos podem chegar a um bom termo sem que mudanças nos hábitos alimentares tenham ocorrido. Mais um desafio à compreensão: Por quê o fonoaudiólogo, apesar de viver situações que demonstram que a alimentação pode não ser a causa da queixa, continua com tal orientação?

Nestas conversas, foi possível observar que, com certa frequência, não existia correspondência entre a orientação dada pelo fonoaudiólogo e suas próprias práticas alimentares. Muitas vezes a supervisão teve como foco a dificuldade de controlar a alimentação dos próprios filhos ou recaiu sobre certas orientações dadas por escolas sugerindo aos pais que “facilitem” o

lanche das crianças. Dois avisos enviados aos pais foram transcritos aqui para podermos refletir um pouco mais sobre o assunto.

Bilhete escrito pela professora e enviado a uma fonoaudióloga, mãe de uma criança de 3 anos, freqüentando o maternal:

*“Mamãe*

*Seu filho está cada dia melhor e mais entrosado com a turma. Temos tido um único problema com o lanche que você prepara para mandar para ele. Como ele come muito devagar, e você manda coisas muito duras, ele perde o recreio e a oportunidade de brincar com seus coleguinhos. Sugerimos alimentos mais moles como danones, pão Pullman ou frutas como banana. Pense nisto mamãe.”*

Pode-se imaginar a reação de uma mãe fonoaudióloga, preocupada em dar alimentos sólidos para seus filhos e orientar as mães de seus pacientes para que fizessem o mesmo, ao receber um bilhete como este. Segundo seu relato, sentiu um misto de raiva e indignação. Pensou em chamar a atenção da professora, ensinar-lhe o que era certo. À noite, quando o marido chegou em casa e ela mostrou o bilhete, ele ponderou nos seguintes termos, aproximadamente:

*“Mas querida, o nosso filho é o mais importante nesta história. Você quer que ele perca o recreio e não brinque com seus coleguinhos só porque você aprendeu que ele tem que comer coisas duras? Ele está muito bem. Acho que a professora tem razão. Afinal, ela está acostumada com um monte de crianças desta idade. Com certeza, ela sabe o que está fazendo. Além disto, acho que o que você aprendeu foi para ser usado com crianças com problemas e não com crianças saudáveis como nosso filho.”*

No final deste relato, a fonoaudióloga que trouxe o problema para a supervisão parecia querer ouvir do grupo que poderia ser verdade o que a professora e seu marido disseram: “Não complique a alimentação da criança.” Isto poderia diminuir seus conflitos em relação a como alimentar o próprio filho.

Em outro grupo de supervisão surge um novo bilhete de mesmo teor:

*“Mamãe*

*Queremos que você venha conversar conosco pois temos um pequeno problema com o seu filho. Durante o lanche, ele não come o que você manda e fica querendo pegar o lanche dos colegas. Parece que o que você manda não é do agrado dele. Estamos enviando uma lista dos lanches que as outras crianças costumam trazer.*

*Lista de lanches recomendáveis:*

*Sanduíche de pão Seven Boys ou Pullman com queijo branco;*

*Bananas, peras, caquis (as frutas duras eles não gostam);*

*Danones variados, principalmente sabor morango;*

*Bolachas, principalmente as com recheio ou com formato de bichinhos;*

*Sucos.*

*Salgadinhos .*

Este bilhete criou uma discussão muito prolongada, na qual os fonoaudiólogos criticavam a formação dos educadores e, em especial, a ignorância desta professora de uma escola particular tão cara. Não interrompi. Deixei que o grupo continuasse por mais um tempo, observando como os argumentos eram no sentido da crítica e não de tentar compreender por que um bilhete como aquele, de conteúdo tão natural para a professora, havia sido escrito.

Nestas situações, em nenhum momento foram levantadas hipóteses de caráter mais social, ou cultural, para explicar a tendência dos novos hábitos alimentares (Junqueira e Guilherme, 1996). Na realidade, observar-se que as relações com a alimentação, assim como suas formas de preparo, têm sofrido modificações típicas de um mundo em constante transformação (Ornellas, 1978). Não cabe aqui considerar se são para melhor ou para pior. É preciso entender, com maior clareza, este processo de mudanças para saber como incorporá-las nas práticas fonoaudiológicas.

Acredito que a prática fonoaudiológica, muitas vezes, está dissociada das práticas e transformações sociais, particularmente em relação às modificações nos hábitos alimentares que ocorreram nas últimas décadas. (Flandrin & Montanari, 1996). Há uma forte tendência de se reproduzir mecanicamente o que foi aprendido a respeito do que deve ser a “alimentação ideal”. Não pensam na “alimentação real”, que eles mesmos, assim como o restante da sociedade, têm no seu dia a dia. A minha análise sempre teve como base o fato de que a alimentação mudou no mundo, de uma forma geral.

Os estudiosos do crescimento crânio facial mostram que a oclusão dentária, a face e o crânio têm apresentado mudanças desde há muito tempo: milhares e milhares de anos. Uma das hipóteses para tanto é de que isto ocorreu em função da menor necessidade de mastigação, uma vez que os alimentos estão se tornando cada vez menos consistentes em termos de sua resistência à mastigação (Planas, 1988). Se o homem passou a comer alimentos de menor consistência e isto vem ocorrendo há muitos e muitos anos, por que o fonoaudiólogo continua insistindo em orientar os pais para que seus filhos comam alimentos mais consistentes? Claro que se pode pensar que, se a alimentação pastosa, pouco consistente, traz várias alterações, o papel do fonoaudiólogo está correto. No entanto, se estas modificações alimentares fazem parte de um processo de transformação social, orientar as famílias numa direção contrária significa correr o risco de nada conseguir. O paciente e sua família ficarão na posição de quem não colabora, de quem não contribui para haver melhoras. O fonoaudiólogo, por sua vez, sente-se de mãos amarradas em relação ao processo de terapia.

Creio, por tudo o que foi exposto, que a alimentação é um bom tema para se pensar as práticas fonoaudiológicas.

## 2. Por que a obsessão fonoaudiológica pela alimentação?

Como já foi exposto anteriormente, esta é uma pergunta que me faço há anos. O quê teria levado o fonoaudiólogo a buscar em todas as suas entrevistas, principalmente ligadas à motricidade oral, informações envolvendo a alimentação?

Este fato é bastante curioso, deixando-nos a impressão de que existe uma relação direta e inegável entre as queixas e a alimentação. É como se tal rotina estivesse consolidada por pesquisas que confirmassem esta ligação como verdadeira. Imaginamos que uma prática regular dentro de um campo de conhecimentos tenha sempre seus embasamentos teóricos.

Antes mesmo de iniciar este trabalho, sistematicamente perguntava a mim mesma, a meus colegas, alunos e supervisionandos, qual a razão de nossos clientes, com tanta frequência, comerem alimentos de menor consistência. E mais, por quê todos tinham tanta dificuldade para modificar estes hábitos alimentares.

Para responder a estas questões, nada melhor do que procurar revisar o que foi escrito sobre o assunto. Não é difícil encontrar referências à alimentação afirmando que, de forma direta ou indireta, esta interfere no sistema estomatognático. A literatura também é farta em artigos apontando que a oclusão do homem vem se modificando com o decorrer dos anos por causa das mudanças nos hábitos alimentares, embora não haja uma concordância geral quanto a esta afirmação (Proffit, 1995).

Estudos antropológicos procuram mostrar que determinadas transformações anatômicas presenciadas na espécie humana no decorrer de sua evolução podem ser devidas à variação de padrões de alimentação. Tais padrões, por sua vez, teriam sofrido a influência de acontecimentos ligados ao meio ambiente, como a disponibilidade de alimentos e aos avanços globais da civilização, entre os quais destaca-se a Revolução Industrial. Inicialmente a partir da descoberta do fogo e, mais tarde, com a utilização dos talheres, os alimentos tornaram-se mais moles, levando a um esforço mastigatório muito menor do que aquele necessário para a mastigação de alimentos duros e crus (Proffit, 1995). As modificações nos ossos e nos dentes do ser humano através dos tempos estão bem documentadas. Podemos até mesmo testemunhá-las em peças de museus.

Algumas modificações são criadas pelo próprio ser humano com diferentes intuitos. Em alguns povos, as cabeças das crianças eram enroladas fortemente com ataduras durante todo o

período de crescimento, para que finalizassem seu desenvolvimento com formas diferentes. Esta técnica de moldar os crânios foi utilizada para identificar a que tribo cada pessoa pertencia (Sperber, 1989). Todos conhecemos também a história de meninas japonesas que tinham seus pés amarrados com o objetivo de impedir o crescimento natural dos mesmos (Elias, 1994). A história está repleta de povos que transformam seus corpos por razões políticas, sociais, estéticas ou religiosas.

Não é minha intenção, neste momento, fazer um aprofundamento a respeito das modificações anatômicas observadas nos seres humanos e nem discorrer sobre suas causas. No entanto, penso que estes acontecimentos possam nos ajudar a compreender, com maior clareza, que tipo de relações a Fonoaudiologia faz quando se utiliza destes conhecimentos para manter ou modificar suas práticas. Retomemos, então, o problema da alimentação e voltemos ao início do capítulo.

O fonoaudiólogo, em geral, age como se fosse uma verdade absoluta que a alimentação pastosa traz alterações para o crescimento e desenvolvimento crânio facial, para a oclusão dentária, para a mobilidade dos órgãos fono articulatórios, para a diminuição do tono, para a propriocepção e para funções de sugar, mastigar, deglutir e falar, entre outras. De fato, na leitura das publicações específicas, como será ilustrado mais precisamente a seguir, observamos referências neste sentido. O que se aponta com muita frequência é que, as mudanças que a alimentação vem sofrendo continuamente, trazem alterações para o crescimento e desenvolvimento facial, com conseqüentes alterações de oclusão. Observa-se, ainda, que muitas destas publicações simplesmente retomam o que outros autores afirmam, sem que sejam realizadas pesquisas para comprovar as idéias correntes. Muitas destas hipóteses, de caráter mais especulativo do que de pesquisa propriamente dita, têm sido contestadas por autores que não concordam com as afirmações de que as mudanças alimentares trazem problemas de crescimento ou de oclusão, ou mesmo alterações miofuncionais. Em síntese, vemos que esta é uma área de conhecimentos em que nada se apresenta de modo conclusivo e incontestável.

Por sua vez, começam a surgir no Brasil pesquisas voltadas para estas questões, tão comuns na prática clínica fonoaudiológica, como é o caso da interferência da amamentação, do uso da mamadeira e de hábitos alimentares e orais considerados inadequados, nos problemas miofuncionais. Acredito que a Fonoaudiologia no Brasil, em todas as áreas em que atua, inicia uma nova etapa de

sua história, marcada pela sua consolidação como uma nova ciência. Um momento de pesquisar mais e que, certamente, demandará uma maior reflexão sobre suas práticas.

Se retomarmos as publicações que falam sobre alimentação e que, provavelmente, têm influenciado nossas práticas, talvez possamos compreender melhor estas atitudes as quais chamei de obsessão. A Fonoaudiologia, no que se refere à motricidade oral, certamente tomando como base conhecimentos, quer de ordem empírica, quer de ordem teórica, desenvolveu práticas de trabalho nas quais predomina uma forte crença de que determinados padrões alimentares podem causar muitas alterações. Talvez sem se aperceber, a grande maioria dos fonoaudiólogos foi reproduzindo uma mesma rotina, caracterizada por uma forma específica de realizar a anamnese, de examinar, de intervir terapêuticamente e de orientar. Podemos fazer uma analogia: tais procedimentos se parecem com um jogo e, como tal, tem suas próprias normas. Quem quer permanecer jogando tem que seguir regras, algumas claras, outras implícitas. Se eu faço parte desta profissão devo conhecê-las e continuar agindo da mesma forma.

Não podemos nos esquecer que este é um tipo de jogo que depende de parceiros, papel este que atribuímos aos nossos pacientes. Como já foi apontado anteriormente, nas discussões de casos em supervisão, com muita frequência, os pacientes são acusados de serem maus parceiros, que não levam o jogo adiante como deveriam, que burlam regras. Cabe-me, nestas situações, responder que talvez, para os pacientes, tais regras simplesmente não tenham sentido e que, de parceiros, é como se eles se tornassem adversários: jogam no sentido contrário.

Em geral, não há contestação às minhas palavras. Todos concordam com tal análise reforçando o fato já evidenciado de que, muitas vezes, as orientações acabam caindo no vazio. No entanto, rapidamente muda-se de assunto, como se a questão tivesse sido definitivamente resolvida. Engano, pois o assunto não está encerrado. Seguramente reaparecerá numa próxima supervisão do mesmo grupo de profissionais. Virá formulado da mesma maneira, mas com ares de questão inédita. Parece haver a expectativa de que um dia possam ouvir, de minha parte, uma resposta que reforce a necessidade de tal prática.

Mudanças, mesmo as mais simples, podem trazer desequilíbrios, gerando dúvidas e insegurança. Pode ser conflituoso pensar em deixar de lado as orientações quando não se está muito

seguro de que o tratamento não vai ser prejudicado, de que alimentação não está interferindo no caso. Permanecer no lugar conhecido, embora possa não ser a melhor opção, é sempre mais seguro do que aventurar-se por caminhos novos, aparentemente mais arriscados. Esta postura, muitas vezes, é reforçada pelo fato de que os pacientes, embora não sigam as orientações, chegam a um bom resultado em seus trabalhos. Portanto, pode ser arriscado modificar um esquema que, apesar das contradições, dá resultados.

Para levar adiante o tema aqui proposto, na seqüência deste capítulo estarão sendo apresentadas uma série de colocações de diversos autores voltados para o estudo das relações entre alimentação e desenvolvimento. Fazem parte desta apresentação publicações de autores brasileiros, assim como publicações de diversos autores estrangeiros que têm penetração no Brasil. Enfim, são publicações às quais o fonoaudiólogo brasileiro tem mais fácil acesso e que, seguramente, podem estar determinando muito de suas formas de pensar.

Alguns trechos destes trabalhos serão citados e servirão como base para os comentários finais. Nestas transcrições, determinados aspectos do texto estarão sendo destacados em *itálico* a fim de que o leitor possa dirigir sua atenção para aquilo que está sendo considerado, por mim, como o mais importante. No final das citações de cada autor, será colocado um pequeno extrato, no qual procuro sintetizar as hipóteses ou afirmações que interessam mais de perto para este trabalho. Os textos foram organizados de acordo com o ano de publicação, seguindo a ordem dos mais antigos para os mais atuais. Desta forma, poderemos tentar traçar uma espécie de perfil evolutivo dos conhecimentos nesta área.

## 2.1. Os autores e suas hipóteses

ANDERSEN, W.S. (1963)

- Em 1951, Straub & Whitman escreveram que a *amamentação inadequada* na infância é provavelmente o mais importante *fator etiológico na produção de deglutição atípica*.
- A *amamentação inadequada* na criança é a *teoria mais importante hoje em dia*.
- A associação entre *deglutição atípica e alteração na fala* tem aparentemente *relação de causa e efeito, porém não foi bem descrita*.
- A relação entre *sucção de polegar e deglutição atípica* também foi demonstrada.

**Extrato:** Amamentação inadequada leva à deglutição atípica; deglutição atípica pode levar a problemas de fala; sucção de polegar leva a deglutição atípica.

HARRINGTON, R. & BREINHOLT, V. (1963)

- É muito falado que “*bons mastigadores*” são *bons falantes*, no entanto uma insuficiência mastigatória gera uma inatividade oral. Pais de crianças que *resistem em dar comida sólida* a eles, freqüentemente encontram crianças que tem uma *fala pobre*.
- *Os princípios da reeducação muscular: a importância da respiração nasal é sugerida; deve se retirar hábitos de sucção e se dar exercícios com alimentos sólidos para desenvolver um mecanismo oral mais eficiente*.

**Extrato:** Comida sólida possibilita bons falantes.

SUBTELNY, J. D. (1965)

- Algumas interessantes observações nos dias de hoje *mostram os possíveis riscos que a amamentação por mamadeira podem causar na oclusão dental*:
  1. O mamilo é colocado na região posterior da boca da criança e não contra a região alveolar do maxilar.
  2. Durante a amamentação no peito a ponta da língua está protruída na parte anterior da mandíbula (gengiva) simulando uma boa postura lingual

**Extrato:** Mamadeira pode causar problemas na oclusão.

HANNA, J. C. (1967)

- Quando o leite sai com a ação da sucção pode causar na criança engasgos, regurgitação ou derramar o leite pelas laterais da boca. Para evitar estes problemas a criança posiciona sua língua anteriormente e agarra o bico da mamadeira entre a gengiva e a língua e deglute. *Straub afirma que a alimentação por mamadeira de modo impróprio pode ajudar a produzir o hábito de sucção de polegar.*
- *A amamentação não leva a isto, o problema é que a mamadeira leva.* Primeiramente quando o bebê é amamentado ele pressiona contra o peito, durante a sucção, com o nariz, lábios e bochechas. O bico do seio está entre a gengiva e os lábios, desse modo permitindo que a língua fique posicionada na posição da deglutição normal. Usando a ação normal da língua o bebê pode mandar o leite para o fundo da faringe. Este fato, conjuntamente com o controle da quantidade de leite que entra na boca fará com que a criança adquira o hábito correto de deglutir e talvez ajuda a criança a evitar a sucção de dedo.
- Conclusão: A partir destas discussões pode concluir-se que o hábito de sucção de polegar e dedo pode se desenvolver e persistir por várias razões desde um hábito de deglutição inadequado vindo de uma forma imprópria do uso da mamadeira para hábitos fixados logo no início da infância em criança com traumas psicológicos que ela não conseguiu tolerar.
- Embora muita coisa tenha sido escrita na literatura abordando a sucção de polegar e dedo e a relação entre a alimentação natural e artificial, a maior parte dos artigos indicava que a alimentação natural não é um fator significativo na incidência do hábito. A partir das conclusões que foram mostradas com esta investigação os *bebês que foram amamentados e passaram para mamadeira após 6 meses mostraram uma leve diminuição na incidência no hábito de sucção de dedo na maior parte.*
- Nós podemos concluir que faz muito pouca diferença o modo como a criança é alimentada no desenvolvimento de algum hábito que a criança venha adquirir.
- Foi revelado a partir deste estudo que as meninas sugam mais dedo que os meninos. Pode-se concluir que o grau de sibilização é também importante no desenvolvimento de algum hábito oral que a criança venha adquirir. Quanto mais tardio o grau de sibilização maior a chance de ter um hábito oral.

**Extrato:** O uso impróprio da mamadeira pode favorecer a sucção de dedo.

HANSON, M. L. & COHEN, M. S. (1973)

- Na história clínica dos sujeitos são recolhidas informações a respeito do desenvolvimento de *hábitos anormais de deglutição*. Estas informações *incluem tipo e duração da amamentação na infância (1º ano somente), presença de alergias, hábitos orais (incluindo alterações da fala) sucção de dedo ou polegar, sucção de língua, sucção de lábio e respiração bucal*.

- Incidência de fatores etiológicos em deglutição atípica.

Em 178 crianças, 8 (4,5%) eram somente amamentadas no peito, 89 (55,1%) eram amamentadas somente na mamadeira e 72 (40,4%) foram amamentadas no peito e mamadeira. 10 (5,6%) de 38 (21,3%) que sugaram seus dedos ou polegares mantiveram o hábito até 8 anos e 9 meses.

**Extrato:** As causas de deglutição atípica são: falha na amamentação, presença de alergia, respiração bucal e sucção de dedo, da língua ou lábios.

PADOVAN, B. A. E. (1976)

- “Ensine a criança a respirar bem e a se alimentar corretamente e a estará ensinando a falar”.

**Extrato:** alimentação correta leva a falar bem.

ORNELAS, L. H. (1978)

- No Período Quaternário, 6000 a.C., Paleolítico Superior (Pedra Lascada), anterior ao dilúvio, vivia o homem em cavernas, dedicava-se à caça enquanto a mulher colhia frutos, nozes, raízes e cereais silvestres, para completar a ração alimentar, no que se houvessem muito bem.
- No Período Mesolítico, 5000 a.C., os habitantes do Continente Europeu ainda eram recoletores. Deixaram de alimentar-se, precipuamente, de carnes vermelhas, devido ao desaparecimento ou migração dos grandes animais. Barros Barreto, Moscoso e Soeiro iniciaram tais estudos em 1934... chegando invariavelmente à conclusão de que o modelo alimentar básico da população pobre se apoia em feijão, farinha, charque, café, açúcar e pão. À medida que melhora o nível econômico, acrescentam-se carne fresca (gado, porco, aves, pescado), folhas, abóbora, banana, arroz e fubá. Os mais favorecidos adotam alimentação mais variada, na dependência de fatores culturais (étnicos, religiosos, educacionais, recursos locais ecológicos ou da indústria moderna de alimentos; valores lógicos ou teóricos, éticos, estéticos).
- fato é que, nos grandes Centros Urbanos, tal como em qualquer parte do mundo civilizado, não existem fronteiras alimentares, come-se o que se deseja, desde que se possa comprar.

**Extrato:** Interferências ambientais levam a mudanças alimentares.

ENLOW, D.H. (1979)

- Regiões esqueléticas que desenvolvem completamente com a função. Em um experimento bem desenvolvido, Watt e Williams estudaram o crescimento facial em *dois grupos de ratos - um alimentado com alimentos duros, e o outro com a mesma dieta, porém mais amolecida. O grupo que requereu maior função muscular para mastigar o alimento mostrou maior espessura e densidade nas áreas de inserção dos músculos mandibulares.* Ahlgren e colaboradores, em um estudo eletromiográfico e cefalométrico combinado, demonstraram em adultos, mudanças no ângulo goníaco relacionadas com a hipertrofia bilateral dos músculos masseteres.
- *Etiologia da Má Oclusão: Tem sido mostrado repetidamente que a ausência de alimentos ásperos e duros na dieta, que requerem uma mastigação completa, é um fator na produção do mau desenvolvimento dos arcos dentários.* Há indivíduos que utilizam uma dieta primitiva fibrosa, a qual estimula seus músculos a trabalhar mais, aumentando assim a carga de função sobre os dentes. *Esse tipo de dieta geralmente produz menos cáries (menos substratos para os organismos cariogênicos), maior média de largura de arco e um desgaste exagerado das faces oclusais dos dentes. A evidência parece concluir que nossa dieta moderna, altamente refinada, mole, como papa, tem alguma função na etiologia de certas más oclusões.*
- Os padrões habituais anormais e deletérios de conduta muscular freqüentemente estão associados... dificuldades na fala. Os bebês alimentados com mamadeira freqüentemente mostram hábitos de sucção indesejáveis se a mamadeira for usada como um dispositivo para acalmá-lo e induzi-lo ao sono. Depois que uma criança é desmamada, ela aprende a succionar seu polegar, ou outros dedos, quando vai dormir. Todos os hábitos de sucção digital... podem estar relacionados com a fome, satisfazendo o instinto de sucção.
- ... aprendeu-se que, em geral, as crianças que não *succionam o polegar* levam um tempo maior para se alimentar do que aquelas que o fazem. *A mordida aberta anterior é a má oclusão mais freqüente.*

**Extrato:** Os ossos se desenvolvem com as funções orais; alimentos duros desenvolvem melhor os ossos; ausência de alimentos duros provocam má oclusão; alimentação fibrosa produz menos cáries; padrões anormais de músculos levam a problemas de fala.

BLACK, B. (1980)

- Tem sido atribuída à *alimentação por mamadeira*, através da utilização indevida de bicos longos, com grandes orifícios, e por tempo prolongado;
- Pode estar presente *juntamente com outros hábitos, tais como: sucção do polegar, roer unhas, morder o lábio, etc.*;
- Pode estar acompanhada ou se manifestar como resíduo de hábito de *sucção de chupeta*;
- Pode ser decorrente de *hipertrofia das amígdalas*.
- ... *a deglutição atípica X má oclusão dentária...* uma estreita relação entre a presença da deglutição atípica e a má oclusão dentária. Pergunta-se, entretanto, o que teria surgido inicialmente.
- A maioria dos autores sustenta exatamente o contrário: que, em se constatando uma *desarmonia funcional, a deglutição atípica*, por exemplo, esta *acarretaria um desequilíbrio da forma, a má oclusão*. Em outras palavras, *a posição inadequada da língua durante o repouso e a deglutição seriam capazes de alterar o posicionamento dos dentes na arcada dentária*. Chegam a afirmar que a força exercida pela língua é de tal relevância, assim como o número de deglutições diárias, que *podem não só interferir, causando sérias anomalias em dentes já existentes, como também intervir diretamente no crescimento da futura dentição*.

**Extrato:** Causas da deglutição atípica: mamadeira, sucção de polegar, roer unhas, morder o lábio, chupeta e hipertrofia das amígdalas; deglutição atípica causa problemas de oclusão.

MIKELL, B. (1984)

- Certos fatores como *estória de respiração bucal, alimentação imprópria na infância e sucção prolongada do polegar podem resultar uma flacidez principalmente da língua que terá efeito negativo no crescimento e desenvolvimento crânio facial*.

**Extrato:** respiração bucal, alimentação imprópria, sucção de dedo levam a flacidez de língua que terá efeito negativo no crescimento.

BROWN, T. (1985)

- Métodos de preparação de alimentação e cocção eram primitivos e não variavam expressivamente em todo continente. *Muitos alimentos eram consumidos crus, particularmente plantas e seus*

*frutos*. Os alimentos animais recebiam um mínimo de cocção ou diretamente no fogo ou, no caso de caça grande, em fornos na terra de areia quente e cinzas. *As sementes eram fragmentadas entre pedras até esfarinharem-se e eram misturadas com água*, formando uma pasta grossa, antes de serem cozidas sobre cinzas quentes. *Os aborígenes não usavam utensílios para comer, usando exclusivamente suas mãos e dentes*. A preparação e métodos de cozimento, inevitavelmente, incluíam materiais abrasivos na comida, levando a um progressivo desgaste dos dentes e mudanças das relações oclusais que são características de povos vivendo sob tais condições.

- Os ortodontistas estão preocupados com irregularidades oclusais que vão desde os menores graus de severidade de apinhamento ou rotação às anomalias brutais associadas com algumas anormalidades crânio-faciais geneticamente determinadas. Desordens oclusais são freqüentemente acompanhadas por uma suscetibilidade intensa a cáries dentárias e doença periodontais, *condições que aumentaram a ocorrência em muitas populações, com a adoção de estilos de vida que são menos dependentes do funcionamento natural das dentições do que o foram nos nossos antepassados*.
- *Nas crianças aborígenes...os arcos dentários tendem a ser bem formados e menos propensos às irregularidades de apinhamento, freqüentemente encontradas em outras dentições contemporâneas*.
- *De igual importância, no desenvolvimento oclusal, são os padrões de erupção dentária e crescimento crânio-facial*. A esse respeito, deve ser notado que as crianças aborígenes raramente perdem seus dentes decíduos prematuramente por motivo de cárie. Além do mais, o crescimento facial é caracterizado por um proeminente movimento oclusal e anterior das arcadas dentárias que induz a um desenvolvimento alveolar marcado e a um prognatismo mio-facial. Esta tração anterior da dentição, juntamente com o remodelamento do ramo mandibular, proporciona espaço adequado para erupção sem impedimento dos últimos dentes.
- *... A dentição aborígine muda continuamente com a idade, como resultado da função e atrição vigorosas... Na moderna dentição não desgastada, entretanto, os golpes mastigatórios são comumente limitados em extensão e força e, freqüentemente, estão condicionados à morfologia cuspidica*.

- ... é patentemente óbvio que, em geral, a dentição do aborígine australiano funcionou de maneira fisiológica e saudável até idades muito avançadas, *livre dos muitos distúrbios e doenças que são uma penalidade imposta pela civilização.*

**Extrato:** Antigamente comia-se alimentos crus; o homem moderno tem mais doenças bucais do que os seus antepassados por causa do tipo de alimentação; muitas doenças bucais tem sido impostas pela civilização.

SIMÕES, W. A. (1985)

- estudo ontogenético e pós-ontogenético da mastigação natural demonstra, verdadeiramente, o uso das superfícies dentárias na eficiência mastigatória e seu papel preponderante no desenvolvimento.
- Homem, mamífero que é, tem a capacidade de mastigar. Seus dentes (forma, número, disposição, etc.), musculatura, mecanismo sensorial, saliva, etc. possibilitam esta situação.
- Se o Homem perdesse e ganhasse dentes, durante toda a vida, ele não mastigaria. O ato de mastigar implica em uso das superfícies dentárias durante um tempo determinado.
- A mastigação grava nas superfícies dentárias uma estória de uso, e por essa atrição o Homem só troca os dentes uma vez, não sendo como os animais (cuja digestão não começa na boca) que, durante toda a vida, têm várias dentições. Portanto, em cada idade, são encontradas facetas de trabalho desenhadas nas superfícies dos dentes, através do tempo, pelo uso mastigatório.
- Dente anatomicamente íntegro, sem marcas de atrição, tempos depois de sua erupção, demonstra ser fator etiológico de deficiência mastigatória; interfere no correto desenvolvimento e não desempenha seu papel na dinâmica do Sistema Estomatognático para crescimento harmonioso.

**Extrato:** Dentes íntegros mostram a ineficiência mastigatória interferindo no correto desenvolvimento e crescimento.

FINK, F. S. (1986)

- Straub (1960) mostrou que é inadequado a *amamentação por mamadeira, principalmente se você tem bicos com buracos grandes, forçando a criança a posicionar a língua em uma posição inadequada para deter o excesso do líquido.*

**Extrato:** amamentação com furo grande leva ao mal posicionamento da língua.

GALVÃO, A. (1986)

Cap. I Histórico p.1-16

- Lefoulon (1839), ... propôs modificar o termo “Orthodonsie” em lugar de Ortopedia Dental. Tomou posição definida contra as extrações dentárias, afirmando que este procedimento não era curativo mas sim destrutivo. *Estudou a etiologia das maloclusões, destacando que as extrações prematuras, sucção dos dedos e a ação da língua, podem ser causas freqüentes das anomalias da oclusão.*
- Quinby (1884), *apresentou métodos para a correção de hábitos orais perniciosos, como a sucção de dedos, língua e lábios.*
- Rogers (1919), estudou profundamente *os hábitos musculares e a ação dos vários músculos faciais*, bem como seu *controle e tonicidade*. Idealizou aparelhos de mioterapia e estabeleceu princípios da terapêutica em respiradores bucais.
- Dewey (1920), divulgou um trabalho interessante sobre o problema da musculatura mandibular, concluindo que alguns grupos musculares podem ser bloqueados por outros grupos e *que a mandíbula não é mantida em posição pelos músculos da mastigação e sim pelas cúspides dentárias, pressão atmosférica e harmonia muscular e que as limitações dos movimentos mandibulares, quando os dentes estão afastados, são devidos aos ligamentos da mandíbula.*
- Lewis (1925) de Seattle, Estados Unidos, em seu trabalho, enumerou várias *causas de maloclusão, destacando o uso de mamadeiras... hipertrofia dos tecidos adenoídeos, amígdalas e desnutrição.*
- Herbst (1935), participando do Congresso da Sociedade Européia de Ortodontistas, apresentou um estudo sobre a *etiologia das maloclusões*. Segundo ele, o resultado das forças que atuam dentro e fora da cavidade bucal, são responsáveis pelas anormalidades da oclusão e, dentre estas, destacam-se a *pressão mastigatória, a pressão dos tecidos e a atmosférica.*
- Na França... Pierre Robin dava a conhecer ao mundo uma nova mentalidade ortodôntica, integral e com grande fundamento biológico. Em 1902, Robin divulgava o “monobloco”.
- Estes princípios, baseados nos estudos de Roux, consistiam em *considerar os estímulos funcionais, provenientes das contrações musculares, como forças naturais, intermitentes e capazes de gerar e moldar novos tecidos.*

**Extrato:** Estímulos funcionais moldam novos tecidos; falta de pressão mastigatória é causa de má oclusão; mamadeira, hipertrofia de tecidos linfóides e desnutrição são causas de má oclusão; extração prematura, sucção de dedos e a ação da língua podem causar má oclusão.

ROSSI, N.J. (1986)

- Etiologia das maloclusões - fatores ambientais

Em certos casos, *as maloclusões têm sua ocorrência tardia em função de certos fatores do meio ambiente onde se incluem principalmente os hábitos relacionados à cavidade bucal.*

- *Entre estes hábitos destacam-se a sucção de polegares, o uso prolongado da chupeta, a interposição de objetos entre os dentes e a onicofagia (hábito de roer as unhas).*

1. *Sucção de polegar:* hábito simbiótico, provavelmente causado pela necessidade psicológica de prolongar a fase bucal da criança. *A interposição do dedo leva a criação de forças anormais sobre as bases ósseas causando geralmente um desenvolvimento acentuado da parte anterior do palato em detrimento da mandíbula.*

A experiência prova que este é um dos hábitos mais difíceis de ser abandonados pelo paciente, necessitando muitas vezes de acompanhamento psicológico.

2. *Uso de chupeta:* assim como o polegar, a chupeta é usada como forma de perpetuar a fase oral do desenvolvimento psicológico infantil. Além das considerações já citadas no item anterior, *o uso da chupeta leva a criação de mordida aberta anterior e deglutição atípica.*

3. *Interposição de objetos:* o hábito de morder alguns objetos como lápis, caneta, adornos de metal, etc., *leva fatalmente à deglutição atípica*, pois o paciente usa a língua para posicionar o objeto, comprimindo esta área.

4. *Onicofagia:* da mesma forma que na interposição de objetos, no *hábito de roer as unhas* o paciente *altera a posição lingual e conseqüentemente as forças sobre as bases ósseas.* A compulsão de realizar onicofagia parece desencadear-se quando o paciente está frente a uma situação adversa e deve ser impedida através do uso de métodos reeducativos.

- Chama-se a atenção ao fato de que estes hábitos devem ser retirados paulatinamente, sempre com a anuência do paciente. Não se deve obrigar ou castigar uma criança portadora de hábitos simbióticos, pois sabe-se que pode ocorrer transferência, como o tabagismo no lugar da onicofagia, a gagueira no lugar da sucção do polegar, etc.

**Extrato:** Hábitos orais inadequados levam a alteração de crescimento e deglutição atípica.

CAMARGO, M. A. M. & HERNANDES, M. H. (1987)

- Uma vez que uma das vias sensoriais de informação está comprometida, essas crianças *terão dificuldades em desenvolver o esquema corporal oral, que é necessário para a aquisição do sistema fonêmico de qualquer língua.*
- *Nos casos, onde se viu a necessidade, foi organizada uma intervenção no sentido de melhorar o tipo e o modo de alimentação.*

**Extrato:** A alimentação interfere na fala.

LIMONGI, S. C. O. (1987)

- Fala da profilaxia relacionada aos órgãos fono articulatórios, partindo-se de observações, orientações e atitudes adequadas. *O tono, a precisão e coordenação dos movimentos dos órgãos fono articulatórios necessários para uma articulação eficiente são desenvolvidos a partir das funções vitais de sucção, mastigação, deglutição e respiração.*
- *A partir do quarto mês, é indicada uma mudança no regime alimentar. É introduzida a alimentação pastosa... essa mudança concorre, de maneira efetiva, para um maior amadurecimento da movimentação dos órgãos fono articulatórios ao desempenhar as funções de sucção, mastigação e deglutição.*
- De uma maneira geral, essa fase do desenvolvimento é muito importante *porque alimentos variados criam novos reflexos e os alimentos mais ou menos duros, principalmente, irão favorecer a diversidade de movimentos, através de um esforço maior por parte da criança. Assim, fica garantido o desenvolvimento adequado das estruturas e sua movimentação harmoniosa e funcional.*

**Extrato:** Funções orais desenvolvem tono, precisão e coordenação dos OFAs que levam a articulação eficiente.

PLANAS, P. (1987)

- *A realidade é que a sociedade civilizada cada dia necessita menos do aparelho mastigatório para moer os alimentos, pois já desde o nascimento começa a ingerir mamadeiras e papinhas; mais tarde croquetes, tortilhas e hambúrgueres e, por fim, a culinária moderna apresenta a maioria dos alimentos praticamente triturados, facilitando, tudo isso, o deglutir sem mastigar.*

- *Todos os problemas de nosso sistema estomatognático, salvo raras exceções que confirmam nosso modo de pensar, têm como causa etiológica a atrofia funcional mastigatória, provocada por nosso regime alimentício civilizado.*
- Para que não se atrofie o sistema estomatognático, o órgão da mastigação deve ser bastante usado desde o nascimento.
- *A alimentação civilizada não excita a função, pois provoca o hábito de realizar a mastigação somente com movimentos de abertura e fechamento, e ... aceitando esta atrofia de desenvolvimento como coisa genética e hereditária ou como discrepância entre o padrão ósseo e o padrão de crescimento.*
- crânio facial ou face aumenta de tamanho à custa do desenvolvimento das fossas nasais e, mais especialmente, do aparelho mastigatório. O aparelho mastigatório necessita de tal quantidade de estímulo que, inclusive, é o único órgão que troca o material para continuar desenvolvendo-se. O material a que nos referimos são os dentes.
- Este estímulo é proporcionado pela função mastigatória primitiva, como a denominamos para facilidade de compreensão. A alimentação civilizada, com suas mamadeiras, papinhas, croquetes, hambúrgueres, etc., satisfaz às necessidades nutritivas da criança ou do adulto, mas atrofia seu aparelho mastigatório, não o desenvolvendo tal como estava previsto geneticamente.

**Extrato:** Sociedade civilizada desde que nasce come papas e depois alimentos praticamente triturados; regime alimentício civilizado leva à atrofia funcional mastigatória; o crânio facial aumenta também às custas do aparelho mastigatório.

SABOYA, B. A. R. (1987)

- Após Straub, Moyers e Ricketts ... estudaram a deglutição atípica; mas, o primeiro terapeuta da palavra a interessar-se pelo problema foi Harrington que *apontou como fator etiológico... maus hábitos de alimentação tais como dieta pastosa até idade avançada nas crianças.*

**Extrato:** Dieta pastosa durante muito tempo leva à deglutição atípica.

MANNIS, A. & DÍAZ, G. (1988)

- *Tipo de alimentação: tem-se observado que os povos primitivos que mastigam alimentos resistentes e duros, e utilizam suas presas dentárias como ferramentas de trabalho, apresentam*

*valores maiores de força mastigatória do que as pessoas de lugares do mundo em que os alimentos requerem menor esforço mastigatório. Assim, Jenkins comunicou que os esquimós apresentam um valor médio de força mastigatória funcional de 150 Kg. Medido a nível dos molares. Em contrapartida, sujeitos do mundo ocidental tem um valor correspondente ao redor de 60 kg. Em consequência o homem civilizado não utiliza sua capacidade total de força mastigatória. Berkhus selecionou dois grupos de 50 sujeitos cada um (um do sexo feminino e outro do sexo masculino) com a instrução de mastigar cubos de cera de parafina uma hora por dia, durante 50 dias. Depois de 30 dias a força mastigatória aumentou em 20 a 25% em ambos os grupos. Todavia, duas semanas após ao término do experimento, os valores de força mastigatória retornaram a seus níveis iniciais. Outra evidencia constitui na observação que indivíduos com mastigação unilateral habitual, apresentam no lado da mastigação valores de força mastigatória de quase o dobro comparado com o lado passivo, o de não mastigação.*

**Extrato:** Antigamente a força mastigatória era maior; treinamento pode aumentar a força, que não se manterá sem a mastigação de alimentos duros.

MONTAGU, A. (1988)

- Por exemplo, numa pesquisa com 327 crianças, F. M. Pottenger Jr. E Bernard Krohn descobriram que o desenvolvimento facial e dentário dos que foram amamentados mais de três meses era melhor que o de bebês amamentados menos de três meses ou que não tinham sido amamentados. Concluíram seu relato com as seguintes palavras: “Os dados de nossos 327 casos indicam que é aconselhável amamentar uma criança pelo menos durante 3 meses e, de preferência, 6 meses. Isto estimulará o desenvolvimento malar (osso malar) a nível ótimo. Também observamos que as crianças que foram bem amamentadas apresentaram melhores arcadas dentárias, palatos e outras estruturas faciais do que as não amamentadas”.
- ... “a ausência de amamentação e uma dieta com alimentos moles produzem maxilares subdesenvolvidos com conseqüentes problemas ortodônticos (por exemplo, em crianças caucasianas)”.

**Extrato:** mamar no peito ajuda no crescimento e na oclusão; dieta com alimentos moles interferem no crescimento e trazem problemas ortodônticos.

SEGOVIA, M.L. (1988)

- Em 1939, Johnson estudou 989 sujeitos cujas idades iam de 2 anos e 5 meses à 19 anos. Dentre suas conclusões destacam-se:
- *A sucção do polegar pode ser fator de maloclusão, tanto na dentição decidua quanto na permanente;*
- *Em 1971, Garliner estudou um grupo de 985 crianças com problemas de deglutição atípica e maloclusão e chegou a conclusão de que este problema se encontra profundamente relacionado com a falta de alimentação materno-infantil.*
- Segovia refere que vários fatos são os que valorizam a alimentação natural e *coloca em dúvida a significação que tem as mamadeiras comuns como produtoras de maloclusão*. De suas pesquisas ela deduz o seguinte: o mamilo materno se parece ao bico das mamadeiras antigas.
- *Ardran e cols. que estudaram cinerradiograficamente o problema, deduzem que não há prova de que a alimentação com mamadeira produza diferenças na forma de deglutir. Esses estudos sugerem que a alimentação materna e com mamadeira sejam muito similares e que o aspecto que adquire o mamilo materno “é comparável em tamanho e forma ao bico de látex da mamadeira e ocupa uma posição similar na boca da criança”.*
- Outra interessante observação é que se refere à importância da alimentação com mamadeira ou da alimentação no peito na produção de maloclusões e do desenvolvimento da mandíbula. Verificam-se algumas dúvidas relativas ao valor que a alimentação do leite materno é criadora de boas oclusões e estimulante do desenvolvimento da mandíbula, a diferença da alimentação com mamadeira que seria nociva, não somente para o desenvolvimento da mandíbula, mas também para o seu tamanho e posição.
- A tais efeitos, Biljstra refere as experiências realizadas por Reichenbach e Rudolph com 1085 crianças pré-escolares, com idades entre 3 e 6 anos. Se constataram os efeitos da alimentação materna e a realizada com mamadeira com a finalidade de estabelecer quais eram as causas da posição distal da mandíbula. O autor não encontrou nenhuma relação entre esta e a duração da alimentação do peito, assim como não encontrou nenhuma relação entre a posição distal da mandíbula, com a dentição temporária e a duração da alimentação com mamadeira.
- Biljstra fez a mesma investigação com 1000 escolares, com idades entre 6 e 12 anos, com posições culturais e sociais similares, não encontrando nenhuma relação *entre a posição distal da mandíbula com a alimentação láctea materna, nem com mamadeira*. A única correlação que

Biljstra encontrou suscetível de ser demonstrada é a existência entre a sucção de polegar e a sobremordida sagital.

- *Subtelny, de sua parte, estima que o que se tem escrito sobre as relações existentes entre mordida profunda e alimentação materna ou com mamadeira são só hipóteses não fundamentadas em análise estatística.*
- *Boersma, colaborador de Biljstra, realizou um estudo radiográfico seriado de crianças escolares durante 6 anos e não encontrou uma relação significativa entre alimentação no peito ou com mamadeira e a posição da mandíbula e do maxilar.*
- *Leech estudou 500 crianças em um centro respiratório, 94 deles haviam sido alimentados com mamadeira e os avaliou em relação a deglutição. De acordo com Leech não há uma relação entre deglutição atípica e a alimentação com a mamadeira.*

**Extrato:** A sucção do polegar pode ser fator de má oclusão; falta de alimentação materna causa deglutição atípica e má oclusão; existem pesquisas mostrando que não há diferenças no crescimento da mandíbula entre crianças amamentadas no peito e na mamadeira; não há relação entre deglutição atípica e mamadeira.

AGUSTONI, C. H. (1989)

- *Os alimentos sólidos e duros permitem melhorar a proprioceptividade e exercitar a musculatura para a mastigação.*

**Extrato:** alimento duro melhora propriocepção e mastigação

CANONGIA, M.B. (1989)

- *Uso prolongado de chupetas pode acarretar a deformidade dos dentes, das arcadas, além de que evita que a ponta da língua posicione-se na papila, de forma que a deglutição não se realize corretamente, uma vez que o fechamento da mandíbula também fica prejudicado. Isso tudo, sem mencionar o fato de que a criança fica impedida de desenvolver sua linguagem oral, tanto a nível articulatorio, quanto a nível lingüístico.*
- *Quanto à escolha do alimento.* Há crianças que rejeitam alimentos sólidos ou determinadas texturas ou tipos de alimentos. Assim, permanecem na alimentação líquida e pastosa, um período muito maior que o devido, por isso, além de receberem uma certa pobreza em variedade

alimentar, terão também uma certa *deficiência na sua musculatura perioral* por falta de estimulação apropriada.

**Extrato:** O uso prolongado de chupeta causa problema de oclusão, deglutição atípica, fala e linguagem oral a nível linguístico; a alimentação líquida e pastosa causa deficiência na musculatura perioral.

SPERBER, G. H. (1989)

- Forças externas anormais aplicadas durante o desenvolvimento podem alterar a morfologia do crânio, que podem ser verificadas através das variadas formas de caveiras produzidas através de pressões diversas em crianças de sociedades primitivas.

**Extrato:** Forças externas anormais afetam o crescimento.

ZICKEFOOSE, W. (1989)

- Graber: Na infância, a comida é retirada primeiramente através da sucção. É um reflexo automático. Quando a criança aprende a comer alimentos sólidos, a intensidade do ato de satisfazer a fome é reduzido, mas a maioria dos músculos das bochechas, língua e chão da boca estão envolvidos. Há menos atividade dos lábios.
- A função de deglutição também passa por uma processo de maturação. Na criança pequena, *a deglutição é acompanhada de fortes contrações das bochechas, lábios e a ajuda da língua para estabilizar a mandíbula.* As gengivas normalmente não entram em contato durante o ato de deglutição.

**Extrato:** Sucção e deglutição adequada faz o músculo se desenvolver bem.

ALTMANN, E. B. C. (1990)

- *A manutenção da dieta pastosa, além do período exigido pela própria imaturidade da motricidade oral do bebê, pode ser muito prejudicial... se a criança só ingere alimentos pastosos, as funções de morder, mastigar e formar o bolo alimentar não se desenvolvem, perpetuando a imaturidade do sistema sensorio-motor oral.*

**Extrato:** Pastosos levam à imaturidade do SSMO (sistema sensorio motor oral).

CANONGIA, M. B.; COHEN, F. F. & RÉGNIER, G. M. C. (1990)

- Para que haja o *desenvolvimento da fala* é importante que o seu *método de alimentação* seja normal desde o nascimento, porque os mesmos órgãos são usados para ambas as funções. Quanto *melhores forem os hábitos alimentares da criança, melhores serão as suas possibilidades motoras de linguagem.*
- Temos então, de acordo com a natureza do alimento, a alimentação natural e a artificial.
- aleitamento materno... desenvolve-se melhor os órgãos articulatórios para a aquisição da fala.
- *Estas atividades* quando estimuladas corretamente, *durante o aleitamento, auxiliarão o bebê a adquirir novas aprendizagens posteriores, relacionadas à linguagem (leitura, escrita, cálculo).*
- O bebê ingere os alimentos através do controle de movimentos reflexos por meio de uma reação em cadeia – *buscar, sugar deglutir* na qual a primeira reação ativa e regula a seguinte. Estabelece-se então, o ritmo da *sucção, da deglutição e da respiração.* *Tais funções além de vitais, são também pré-lingüísticas porque quando o bebê mama exercita os órgãos responsáveis pela fala.*
- Sabemos que o recém-nascido nasce com a mandíbula pouco desenvolvida, mas a própria natureza propicia, através da sucção, de suprir esta falha. Para isso é preciso que a *amamentação natural tenha uma duração de, aproximadamente, seis meses* e que não haja a introdução de alimentos sólidos antes desta faixa etária.
- *preparo para a fala começa na amamentação ao seio*, quando todo o efector articulatório é solicitado (lábios, bochechas, língua, arcos alveolares e suas musculaturas correspondentes).
- Tais movimentos mandibulares provocam impulsos de crescimento para a mesialização da mandíbula de modo que incide para a relação distal com a maxila, além de propiciar condições favoráveis para a nova etapa de desenvolvimento infantil – *a erupção e obtenção de uma correta oclusão dentária.*
- Porém, *o aleitamento, por motivos diversos poderá não ocorrer* e, por conseguinte, *facilitar o aparecimento de distúrbios da fala, da deglutição, de alterações nas arcadas dentárias e de problemas emocionais.*
- *É frequente, a incidência de crianças que não o receberam e que, posteriormente, apresentaram distúrbios fonoaudiológicos e emocionais, porque todo o mecanismo da amamentação tem grande importância para que seus órgãos fonoarticulatórios se desenvolvam, de uma forma geral e harmoniosa.*

- Alimentação artificial... uso da mamadeira ... bico ideal ... bico ortodôntico.
- A musculatura labial não é tão fortemente solicitada, como para a alimentação ao seio materno.
- *A alimentação artificial não conduz a uma boa coordenação de lábios, língua, bochechas e mandíbula, como a alimentação natural.*
- *Os bicos longos com furos grandes*
- *Há também, ausência de movimentos mandibulares propulsivos, que darão origem à desarmonia no crescimento da mandíbula e da maxila.*
- *... padrão incorreto de deglutição. Essa disfunção da musculatura oronasofaríngeal altera o crescimento e o desenvolvimento destes músculos. O bebê tenderá a apresentar distúrbio de fala, de respiração, de deglutição e, futuramente, o comprometimento das arcadas dentárias.*
- *É muito comum a insistência por parte da mãe, no uso da alimentação pastosa... Tal procedimento, no entanto, irá prejudicar o crescimento e o desenvolvimento da cavidade oronasofaríngeal da criança.*

**Extrato:** Mamar pelo menos por 6 meses para o bom desenvolvimento da mandíbula e nascimento dos dentes; falta de amamentação provoca o aparecimento de distúrbios da fala, da deglutição, alteração da arcada dentária e problemas emocionais; comida pastosa provoca falha no crescimento e desenvolvimento.

PRADO, C.; GHERSEL, T.; PETERS, C. F. & OLIVEIRA, S. F. (1990)

- Quando está presente o *hábito de sucção de dedo e chupeta*, durante o período da dentadura decídua, parece produzir efeitos nocivos sobre a *oclusão dos* segundos molares e caninos decíduos.
- *As forças oro-musculares* exercendo pressões contínuas e constantes sobre as estruturas dentárias e ósseas, induzirão respostas às pressões não importando sua natureza; conseqüentemente, *instalando maloclusões* leves ou severas, dependendo do tempo, duração e intensidade do hábito.
- *hábito de sucção de dedo e chupeta* quando presente durante o período da dentadura decídua, *parece produzir efeitos nocivos sobre a oclusão* dos segundos molares e caninos decíduos.

**Extrato:** Sucção de dedo e chupeta parecem produzir efeitos nocivos na oclusão.

PROENÇA, M. G. (1990)

- A exercitação da *sucção natural* é um processo que *contribui para o crescimento da mandíbula*, favorecendo o *desenvolvimento facial*, *mobilidade de língua* dentro da cavidade oral e *facilitação de um tono muscular normal que influenciará positivamente nos sons da fala*.
- A criança que *não é amamentada no peito*, mas com mamadeira convencional, tem a tendência a *introduzir o dedo na boca* como uma necessidade de exercitação da musculatura.
- É neste momento que o *sugar do dedo* pode se tornar um hábito; no início servindo de pacificador de uma necessidade sensório-motora não conquistada, e futuramente, pelo seu uso prolongado, *trazendo danos na área fonoarticulatória*. Este hábito promove padrão anteriorizado da língua entre gengivas ou mesmo dentes, *deformando a arcada dentária*, alterando a produção de sons tipo: /t/ “te”, /d/ “de”, /s/ “se”, /z/ “ze”, /n/ “ne”... *mamilo...permite a elevação da ponta da língua na cavidade oral* (propiciando a preparação das zonas de contato da língua para uma deglutição que não altere as arcadas dentárias e propicie a produção dos sons tipo: /t/ “te”, /d/ “de”, /n/ “ne”, /l/ “le”, /r/ “re”, /l/ “lhe”.

**Extrato:** Sucção leva ao crescimento, que leva ao desenvolvimento, que leva à mobilidade de língua, que leva ao tono, que influenciará a fala; não mamar no peito pode levar à sucção do dedo, problemas na fala que por sua vez trazem problema de oclusão que também traz problema para a fala; mamar no peito leva ao correto posicionamento da língua e à fala correta.

VAN DER LINDEN, F.P.G.M. (1990)

- A abóbada craniana e a base do crânio têm atingido mais de 90% do seu crescimento aos seis anos de idade.
- As estruturas mandibulares e maxilares atingem cerca de 80% de seus crescimentos finais por volta dos seis anos de idade; o surto de crescimento da adolescência é moderado.
- ...Além de tudo, a região orofacial é sensível a esses fatores externos... (como a sucção do dedo) ... podem desenvolver-se manifestações indesejáveis na forma.

**Extrato:** Fatores externos como sucção de dedo podem interferir no crescimento.

WERTZNER, H. F. (1990)

- Resumidamente, é necessário que a criança execute adequadamente os movimentos da sucção através do *aleitamento materno* ou do *uso do bico ortodôntico* e que haja a *introdução de*

*alimentos pastosos e sólidos* que viabilizem a mastigação para que o padrão de deglutição do adulto possa se instalar.

- É esse processo de *maturação das funções* que possibilita a tonicidade e a mobilidade da *musculatura* do sistema sensorio-motor oral necessário para a produção da *articulação dos sons*.

**Extrato:** O aleitamento, bico ortodôntico e alimentos sólidos levam a uma deglutição normal; a maturação das funções leva ao tona , à mobilidade e à fala normais.

RÉGNIER, G. M. C. (1991)

- A prevenção dos distúrbios oromiofuncionais começa na amamentação. É neste momento que os órgãos fono-articulatórios são altamente estimulados.
- *Quando o bebê suga o seio da mãe, sua língua é posicionada corretamente na cavidade oral.*
- *As mães, de uma maneira geral, deveriam receber informações sobre: alimentação natural e artificial, padrões alimentares... pois estes fatores influenciam negativamente no crescimento e desenvolvimento motor-oral, podendo favorecer problemas de fala.*
- *A amamentação equilibra toda a função neuromuscular oral, sem contar os inúmeros benefícios transmitidos à criança pela mãe (equilíbrio emocional, imunoproteção transmitida pelos anticorpos da mãe através do leite, etc.)*
- ato de amamentação estimula as atividades sensorio-perceptivas do bebê, tais como, táteis, térmicas, gustativas, olfativas e auditivas.
- Os alimentos oferecidos à criança deverão ser variados, estimulando o olfato e a gustação.
- *Desde que a criança tenha condições de utilizar um padrão alimentar sólido, não deverá usar mais o pastoso.*
- *Seus músculos mastigatórios precisam ser exercitados, assegurando um crescimento e desenvolvimento orofacial harmonioso.*
- Acredita-se que a *prevenção é o remédio mais barato*, combatendo as causas, para que não tomem conseqüências mais sérias, necessitando da intervenção de uma série de profissionais. Existem casos de *maloclusão onde não ocorrem distúrbios da fala, porém as funções de mastigação, deglutição e respiração estão alteradas*. Por outro lado, *as funções reflexo-vegetativas, quando exercidas adequadamente, beneficiam o contorno das arcadas dentárias*. Portanto é proposto um *trabalho de prevenção através de informações sobre a correta*

*amamentação natural ou artificial; correta mastigação; higiene bucal, hábitos viciosos; correta respiração e posturas corpóreas.*

**Extrato:** Prevenir para não ter problemas oclusais e de funções orais atípicas. Proposto trabalho para: amamentar, mastigar bem, higiene bucal, evitar hábitos prejudiciais, respirar bem e postura correta; a criança deve passar do pastoso para o sólido, pois seus músculos mastigatórios precisam ser exercitados para um crescimento e desenvolvimento orofacial harmonioso.

JUNQUEIRA, P. S. (1992)

- A bibliografia (Cardim, 1991a; Cardim, 1991b; Douglas, 1988, Simões, 1985) também diz que é o tipo de alimento que proporciona os processos de controle da mastigação e que a mastigação efetiva é estimulante para o crescimento facial.

**Extrato:** Em seu levantamento bibliográfico encontra que a mastigação efetiva é estimulante para o crescimento facial.

MEDEIROS, C. F. M. (1992)

- *A mamadeira, utensílio de alimentação largamente difundido na nossa cultura, tem presença marcante na vida de muitas crianças.* Desde os primeiros meses de vida, os pais já introduzem a mamadeira como instrumento para complementação ou substituição da alimentação natural ao seio.
- Neste momento, grande parte dos pais não se dão conta de que *o uso incorreto e por tempo indeterminado da mamadeira podem trazer danos posteriores para a criança.*
- alimento materno é de vital importância para a criança nos primeiros meses de vida.
- Na amamentação natural, a criança retira o leite necessário do seio durante os primeiros dez minutos. O restante do tempo gasta satisfazendo seu desejo de sucção, controlando o pequeno escoamento de leite. Já na mamadeira, o conteúdo interno se esvazia rapidamente e a criança não permanece chupando a mamadeira vazia.
- Muitas mães, devido a vários fatores, retiram o leite materno do bebê e introduzem a mamadeira já nos primeiros meses de vida. Entretanto, muitas destas mães não recebem devida orientação para bom uso da mamadeira.

- bico da mamadeira deve ser o mais parecido como mamilo do seio da mãe. Além disso, as mamadeiras não ortodônticas, têm bico muito longo e, algumas vezes muito largo.
- *fato da criança protruir a língua altera o processo normal da deglutição.*

**Extrato:** O uso incorreto e por tempo indeterminado da mamadeira pode trazer danos para a criança como protrusão da língua e conseqüente deglutição atípica.

MORESCA, C. A. & FERES, M. A. (1992)

- Etiologia dos Hábitos ...poderá ocorrer uma carência no número de sucções que a criança normalmente faria no mamilo. Assim sendo, a mamadeira oferece o volume de leite suficiente para se atingir a plenitude alimentar, mas a necessidade de fazer sucção persiste, e se acentua gradativamente. A criança na ânsia de se satisfazer, começa a sucção na mão toda e só irá dormir quando se sentir satisfeita nos aspectos emocionais. Com pouco tempo, como se fosse aprimorado seu próprio método a criança descobre o polegar antagônico aos outros dedos, e pela facilidade passa a fazer sucções especialmente neste dedo.
- Seio x Mamadeira e Chupeta: As últimas pesquisas indicam que não se tem dado a devida importância à sensação de gratificação associada com a amamentação natural, e de que maneira, e com qual intensidade, a sucção de mamadeira e de chupeta poderiam desencadear a sucção do polegar.
- Durante o aleitamento materno, a língua e o lábio inferior se encontram em contato constante. Porém, quando a criança é alimentada com mamadeira de bico convencional, este cobre o dorso da língua, evitando que se aproxime do palato.
- Muitas mães, por comodidade e falta de tempo, fazem uma abertura maior no bico; isso faz com que a criança não tenha o estímulo de sucção e deglutição, pois o leite é praticamente jogado na região da úvula, sem que a criança exercite qualquer músculo. O contrário ocorre com o *aleitamento materno*, pois a criança necessita de intervalos entre a sucção do leite e a sua deglutição. Isso *leva em média de 50 a 60 minutos para satisfazer a criança por completo, deixando-a cansada. Pela energia gasta na sucção, a musculatura oral fica fatigada e a necessidade de gratificação oral, satisfeita. Essa criança provavelmente dormirá, em vez de permanecer acordada sugando o polegar, como aquela que teve sua amamentação feita sem nenhum tipo de satisfação muscular.*

**Extrato:** Mamadeira e chupeta levam à sucção de dedo.

URIAS, D. (1992)

- Uma grande percentagem das mordidas abertas pode ser atribuída à constante e persistente sucção do polegar ou outros dedos, a qual cria uma desconfiguração característica no segmento anterior da arcada dentária.

**Extrato:** sucção de polegar leva a má oclusão.

COELHO, I. T. O. (1993)

- Fez levantamento bibliográfico para saber se a alimentação tem influência no tono e mobilidade dos órgãos fono-articulatórios e na deglutição.
- Glaser (1951) referiu que a prática de *tomar líquido com as refeições* é um fator importante para *desenvolver uma deglutição atípica*, se o alimento é seco, existe uma *deglutição mais vigorosa*, e os *músculos envolvidos neste processo são fortalecidos*. Colocou também que a *alimentação prolongada de purês para bebês, retarda o aprendizado de um padrão normal de deglutição*.
- Fletcher, Casteel e Bradley (1961) examinaram 1.615 estudantes de 6 a 18 anos de idade, com o objetivo de verificar a frequência de *deglutição atípica e as distorções de fala associadas a deglutição*, ... mais frequente a presença de *distorção sibilantes em indivíduos que deglutem com projeção de língua*.
- Friedman (1967) afirmou que a *falta de tonicidade muscular* se inicia a partir do momento que a vida materna se altera, em função da vida moderna proporcionando a *ausência do leite materno* e por conseguinte o aleitamento por mamadeira que não produz, entre outros, o tão desejado estímulo mandibular.
- Quando a criança entra no período alimentar em que a função mastigatória se faz mister, nota-se que os *fatores da vida moderna lhe proporcionam alimentos quase liqüefeitos*, isto é, que *não exigem movimentos de lateralidade de mandíbula, como também não solicitam o estímulo funcional da língua e dos músculos oro-faciais (mastigadores e da mímica) causando a hipotonia muscular*.
- Hanson, Barnar e Case (1969) examinaram 214 crianças com idade entre 4 anos e meio e 5 anos, obtendo dados quanto ao comportamento da musculatura peri e intra oral durante a deglutição de sólidos, líquidos e saliva.

- Encontraram uma *grande variabilidade de padrões de deglutição* e relacionaram esses resultados com a *natureza do que foi deglutido*. Desta forma, uma maior porcentagem de crianças apresentou *projeção de língua durante a deglutição de sólidos e uma menor porcentagem durante a deglutição de saliva*.
- Os autores concluíram que *muitas das características relacionadas à projeção de língua* tais como atividade dos masséteres e hábitos de sucção por fator etiológico, *não apresentaram relações significantes com o padrão de deglutição*.
- Lewis e Couniham (1971) *referiram que na anamnese* deve ser dada atenção especial ao tipo de alimentação dada ao bebê e *ao período de introdução da alimentação semi-sólida e da alimentação sólida*.
- Guedes (1985) *relatou que na anamnese devem ser levantados dados sobre todo o processo de alimentação, abordando a amamentação natural, introdução de mamadeira, furo de bico da mamadeira, época de introdução de alimentos pastosos, semi-sólidos e sólidos e ainda a reação da criança aos diferentes tipos de consistência alimentar*.
- Gomes, Proença e Limongi (1986) *... na anamnese... sugerem a coleta de dados sobre hábitos alimentares da criança*. Entres outros, citam época em que a criança mamou no seio; como, quando e por que ocorreu o desmame; forma de sucção da criança; época de introdução e retirada do alimento artificial; dados sobre tipo e furo de mamadeira, posição da criança durante o aleitamento, época de introdução da alimentação semi-sólida e sólida, dados sobre a alimentação atual e a descrição de como a criança suga, deglute e mastiga.
- Molina (1989) referiu que a *hipotonia muscular ocorre*, entre outros fatores, nos indivíduos que *usam e abusam de dietas moles*.
- Altmann (1990) *discorreu sobre a deglutição e apontou a manutenção de dietas pastosas*, por longo período de tempo, como um dos fatores etiológicos do quadro de *deglutição atípica*. Acrescentou ainda que a manutenção deste tipo de dieta, além do período exigido pela própria imaturidade de motricidade oral do bebê, pode ser muito prejudicial pois, as funções de morder, mastigar e formar o bolo alimentar não se desenvolvem, perpetuando a imaturidade do sistema sensorio motor oral.
- Propôs *ações preventivas* dentre as quais *privilegia o estímulo do aleitamento natural*, o emprego do *bico de mamadeira ortodôntico com furo adequado à espessura do alimento* e a

*introdução dos alimentos em termos de consistência, nas épocas adequadas a maturidade do sistema sensorio motor oral da criança.*

- Altmann, Vaz, Paula e Khoury (1993) relataram *que as condutas com relação à introdução de outros alimentos que não o leite na dieta do bebê tem mudado muito nos últimos anos. Hoje o aleitamento materno é valorizado e solicita-se que seja mantido de forma exclusiva até o 6º mês.* Por volta do 5º mês de vida, quando começa a haver a dissociação dos movimentos de língua e mandíbula, deve-se aumentar gradativamente a consistência dos alimentos. Por volta do 7º mês os alimentos semi-sólidos devem ser introduzidos e por volta de um ano, desde que a criança já tenha alguns dentes, os alimentos sólidos.
- Estas autoras afirmaram ainda que *a deglutição infantil amadurece a medida que novos tipos de alimentos vão sendo apresentados à criança e que é importante que os profissionais e os pais estejam conscientes disto para que efetuem as mudanças necessárias no tipo de alimentação nos momentos convenientes.*
- Os dados estatísticos citados nesta parte, nos permitem concluir que *a utilização de alimentação líquida inadequada gera mais alteração no tônus que na mobilidade dos órgãos fonarticulatórios.*
- Partindo do princípio de que *a função determina a forma*, e de que os lábios são os responsáveis pela prensão do seio e pelo vedamento da cavidade oral, e que a língua exerce pressão no mamilo durante a sucção, podemos dizer que a força exercida por estes órgãos, pode ser um fator importante no desenvolvimento da tonicidade orofacial. *Logo, a sucção deve ser mantida pelo menos até o 6º mês.*
- Levando em conta ainda que, na amostra estudada, *consideramos adequadas as crianças que mamaram até o 6º mês*, podendo o aleitamento por mamadeira ser introduzido a partir do 3º mês, *é provável que as alterações dos órgãos avaliados, conforme afirma Friedman (1967), apresentem uma relação com a alimentação por mamadeira*, considerando que a própria natureza dos bicos convencionais utilizados, não produzem o estímulo necessário ao desenvolvimento destes órgãos.
- *... podemos concluir que a utilização inadequada de consistência alimentar líquida, pode ser um fator desencadeante de alterações da deglutição nas crianças do sexo masculino.*

- *Quanto ao estudo realizado entre a época de troca de consistência alimentar pastosa e sólida com alterações de tônus e mobilidade de língua, lábios e bochechas, e, com a deglutição, os resultados estatísticos não mostraram nenhuma associação significativa.*
- Talvez esta correlação não tenha ocorrido por ser a população pesquisada de baixa renda e, não tendo acesso aos potinhos fornecidos pela indústria de consumo, aos eletrodomésticos que se encarregam de exercer as funções dos dentes, triturando todo o alimento, a alimentação pastosa não tenha sido mantida por longo tempo. Estes dados concordam com os relatados por Molina (1989) que refere que o *hipotonismo muscular pode ocorrer, entre outros fatores, nos indivíduos que usam e abusam de dietas pastosas*. Similarmente, vão ao encontro dos relatos de Glaser (1951) Altmann (1990), Altmann, Vaz, Paula e Klloun (1992) *sugerindo que a manutenção de dietas pastosas, além do período exigido pela própria maturidade da motricidade oral do bebê, pode ser muito prejudicial, perpetuando a imaturidade do sistema sensorio motor oral. Desta forma, é muito provável que a manutenção de dieta pastosa, dificulte o aprendizado do padrão normal de deglutição.*

**Extrato:** Hábitos pastosos dificultam o aprendizado da deglutição; a deglutição atípica está associada com a fala; a vida moderna com a mamadeira e mastigação com alimentação quase líquüefeita altera o tono; na anamnese é importante colher dados sobre alimentação; tono está associado com dietas moles; é necessário ter propostas de ações preventivas em relação à alimentação; na presença de alimentação pastosa o tono é mais prejudicado que a mobilidade.

MOYERS, R. E. & CARLSON, D. S. (1993)

- *A transição da deglutição infantil à madura ocorre ao longo de muitos meses, ajudada pela maturação de elementos neuromusculares, pela postura ereta da cabeça e, conseqüentemente, por uma mudança na direção das forças gravitacionais sobre a mandíbula, o desejo instintivo de mastigar, a habilidade necessária para manusear alimentos sólidos, o desenvolvimento da dentição, etc.*

**Extrato:** Mastigação e alimentos sólidos levam à deglutição normal.

COELHO, I. T. O. (1994)

- Com o objetivo de investigar a influência da época de *troca de consistência alimentar (de líquido para pastoso e desta para sólida)* sobre o *tônus e a mobilidade de língua, lábios e bochechas,*

*bem como sobre a deglutição, estudou-se 31 crianças de 03 a 06 anos de uma creche da cidade de São Paulo. Concluiu-se que as crianças do sexo feminino, apresentaram maior proporção de normalidade no tônus, na mobilidade e no padrão de deglutição, que as crianças do sexo masculino; as crianças que não mamaram no seio até o 6º mês, sendo o aleitamento materno exclusivo até o 3º mês, apresentaram maior incidência de alteração do tônus, que dá mobilidade e alteração no padrão de deglutição.*

**Extrato:** Quem não mamou no seio até o 6.º mês apresenta maior incidência de alteração de tono de mobilidade e de deglutição.

ELGOYHEN, J. C.(1994)

- A ação da sucção do polegar em indivíduo com tendência ao desenvolvimento de um prognatismo mandibular não é a mesma quando existe tendência para disto-oclusão basal.
- Da mesma forma, *um hábito de interposição lingual*, em indivíduo com altura facial inferior aumentada, não é igualmente considerado quando há tendência para a diminuição da altura do terço inferior da face, *o que nos obriga a considerar as mudanças das relações intermaxilares durante o crescimento não só no sentido sagital como também no vertical.*

**Extrato:** A sucção do dedo e a interposição da língua, podem ser prejudiciais para o desenvolvimento mas vai depender da carga genética.

FELÍCIO, C. M. (1994)

- A exercitação provocada pela sucção é importantíssima pela movimentação coordenada de língua, lábios, mandíbula, supostamente preparatória para os movimentos rítmicos de mastigação e fala, assim como para o desenvolvimento das estruturas.
- *... prensão do mamilo pela ação dos orbiculares.*
- *A cabeça da mandíbula realiza movimentos ântero-posteriores durante a sucção, propiciando a desvascularização e desinervação do centro do disco articular, favorecendo também o correto posicionamento maxilo mandibular que supera o retrognatismo presente no recém nascido e cria condições para as funções futuras.*

- A amamentação natural, no que diz respeito ao valor nutricional e afetivo, é sem dúvida superior à artificial. Todavia, as influências dos métodos de amamentação no desenvolvimento das estruturas orofaciais têm sido muito discutidas.
- *O uso do método natural ou artificial até os 18 meses não parece provocar diferenças significativas no desenvolvimento da maxila e da mandíbula, mas elas podem ocorrer após esse período. Considera-se, inclusive, a amamentação artificial como um dos fatores etiológicos de deglutição atípica, que por sua vez relaciona-se à maloclusão.*
- Acreditamos que se a amamentação, qualquer que seja o método, persistir por muito tempo provocará prejuízos às estruturas e funções estomatognáticas, entre outras coisas, devido ao atraso ou pouco uso da mastigação, que seria o método de alimentação a ser introduzido após os oito meses de vida, quando a criança já pode realizá-la.
- Morder pão duro desde os seis meses de idade foi a explicação encontrada para a ausência tanto de maloclusão quanto de sucção não-nutritiva num grupo de crianças nômades.
- próprio prolongamento da sucção nutritiva pode ser a causa de hábitos não-nutritivos, independente do método, mas as crianças amamentadas no seio materno apresentam menor susceptibilidade ao uso de chupeta e dedo. Isso, porque o bebê tem um instinto de sucção que é geralmente forte, e após a alimentação pode haver um excedente da necessidade de sugar, principalmente quando se utiliza mamadeira, cujo escoamento de leite é mais rápido.
- Sem dúvida, a sucção não-nutritiva compõe o conjunto de fatores etiológicos de maloclusão.
- *Alimentos de diferentes texturas propiciam a passagem de uma fase para outra.*
- *consumo de alimentos duros e secos auxilia no desgaste natural da dentição, evitando que interferência oclusal por falta de uso torne-se a causa de mastigação unilateral e de alterações no posicionamento do côndilo na cavidade glenóide, como foi evidenciado em crianças com mordida cruzada posterior unilateral fisiológica.*
- ... as má oclusões são causadas por mastigação insuficiente, maus hábitos e má postura alimentar.
- A deglutição de sólidos exige maior estabilização da língua e da mandíbula, sendo esta importante para a eficiência dos músculos supra-hióideos mencionados acima. Ao contrário, na deglutição de líquidos a estabilização não é tão necessária, e a contração de elevadores pode ser mínima.
- A ação dos elevadores e a oclusão cêntrica durante a deglutição são aspectos de grande importância. Uma das razões é que, quando ausentes, geralmente ocorre a colocação da língua

entre alguns ou todos os dentes maxilares e mandibulares ou empurrões, o que chamamos de deglutição atípica.

**Extrato:** A amamentação é fundamental para o correto desenvolvimento e crescimento; amamentação artificial leva à deglutição atípica que leva à má oclusão; amamentação natural ou artificial não pode persistir por muito tempo para não atrasar a mastigação; morder coisas duras produz boa oclusão; amamentação artificial prolongada pode levar ao uso de chupeta e dedo; má oclusão é causada por mastigação insuficiente, maus hábitos e má postura alimentar.

FERKETIC, M. M. & GARDNER, K. (1994)

- *Etiologia:* muitas teorias dizem que a *deglutição atípica provém de técnicas de amamentação inadequadas* que acabam bloqueando a respiração nasal na infância, provocando uma postura de boca aberta habitual o que causa alterações dentofaciais associadas à distúrbios miofuncionais orofaciais.
- É importante que o fonoaudiólogo entenda que os músculos usados durante a *fala* (envolvendo funções musculares normais ou anormais) *influenciam a posição dos dentes* ou outra estrutura oral (Barrett & Hanson, 1978), no entanto quando vários distúrbios estão ocorrendo simultaneamente uma série de movimentos musculares e funções (por ex.: mastigação, fala, formação do bolo alimentar, deglutição e postura em repouso) podem ser escolhidos para serem trabalhados em um determinado aspecto desta problemática. *A pouca pressão da postura em repouso conjugada com pressões mais altas, porém intermitentes da deglutição, mastigação, formação de bolo alimentar e fala podem afetar a oclusão.*

**Extrato:** Má amamentação leva à respiração bucal, que leva à boca aberta que leva alterações dentofaciais que levam aos distúrbios miofuncionais orais que alteram a fala que por sua vez alteram a posição dos dentes; funções orais alteradas levam a má oclusão.

KELLUM, G. D.; GROSS, A. M.; HALE, S. T.; EILAND, S. & WILLIAMS, C. (1994)

- *Na literatura fonoaudiológica artigos mostram a presença de hábitos orais inadequados associados a ceceio, deglutição atípica e mordida aberta anterior.* Straub (1960) Fletcher, Casteel and Bradley (1961), and Hanson & Barrett (1988) referiram a *associação de mordida aberta anterior, deglutição atípica e ceceio frontal.* Hanson & Barrett reportaram que *hábitos orais inadequados podem gerar mordida aberta.* Nestes estudos foram mencionados a presença

de hábitos orais inadequados focados na associação com padrões anormais de deglutição, ceceio e oclusão diferenciada, no entanto outras conclusões destes estudos mostram que a *postura anteriorizada de língua está relacionada com a perda da movimentação retroflexa da língua durante a fala e a deglutição*. Muitos artigos também mostram que crianças que tem o /s/ e o /z/ com alteração são sugadores de dedo. É razoável assumir que a movimentação anteriorizada de língua associado a um padrão de *sucção de dedo influencia a postura de língua* para produção de sons sibilantes e outras atividades linguais.

**Extrato:** Estão interligados mordida aberta anterior com deglutição atípica e ceceio anterior; hábitos orais levam à mordida aberta; sucção de dedo altera /s/ e /z/; ceceio, sucção de dedo e deglutição atípica levam à postura anteriorizada de língua.

LARSSON, E. (1994)

- Em crianças que *sugam o dedo a mordida aberta está associada a deglutição atípica*. Também em crianças que usam *chupeta a mordida aberta* pode se corrigir espontaneamente se o hábito cessar. A sucção de *chupeta* é mais claramente relacionada a *mordida cruzada posterior na dentição decidua* do que sucção de polegar.
- Quando uma criança tem uma *chupeta* na boca ela ocupa a parte superior da parte anterior e media da boca, forçando a língua para uma posição baixa. Quando você tem uma boca aberta a área de caninos perde o suporte palatal da língua durante a atividade de sucção, isto faz com que o arco dental diminua de largura e aumenta o risco de uma má relação transversal entre os arcos dentários.
- Durante a evolução os primatas mostraram que usavam a *amamentação* de um modo contínuo; isso também é verdade para os humanos. *Com o desenvolvimento da agricultura e da indústria, os humanos passaram a usar menos a amamentação*, mas isso não foi suficiente para eliminar os hábitos de sucção infantil.

**Extrato:** Sucção de dedo leva à mordida aberta que leva à deglutição atípica; *chupeta* leva à mordida cruzada; a amamentação diminuiu com o desenvolvimento da agricultura e da indústria.

LINO, A. P.(1994)

- Neste caso, *o padrão de deglutição, freqüentemente acha-se alterado em função dos hábitos alimentares* de primeira infância, que determinaram o aprendizado errado do reflexo condicionado que comanda esta função. Aqui solicita-se a informação da forma *como foi feita a alimentação inicial, se foi no peito materno ou com mamadeira. O uso de mamadeira é quase uma constante. Como já foi citado anteriormente, poucos portadores de deglutição atípica foram alimentados ao seio.*

**Extrato:** Padrão de deglutição fica alterado pelos hábitos alimentares; perguntar na anamnese sobre alimentação; o uso de mamadeira é uma constante.

SÁ FILHO, F. P. G. (1994)

- *Efeito da Mastigação Vigorosa sobre os Tecidos Orais.*
- *... tem um benéfico efeito sobre o crescimento e manutenção dos tecidos orais.*
- Em experimentos com ratos alimentados com substâncias duras por 4 meses, verificou-se que havia um desenvolvimento maior, mas a densidade do osso, medida por radiografia, era a mesma. Isto indica a influência da mastigação em ratos em crescimento, o mesmo ocorrendo em animais adultos em menor intensidade.

**Extrato:** Mastigação influencia no crescimento e manutenção dos tecidos orais.

PROFFIT, W. R. (1995)

- Sob condições primitivas, é claro, a excelente função dos maxilares e dos dentes era um fator de predição da habilidade para sobreviver e reproduzir. Um eficiente aparelho mastigatório era essencial para lidar com carne crua ou parcialmente cozida e vegetais. A observação de um homem australiano utilizando todos os músculos da região superior do corpo para rasgar um pedaço de carne de canguru de um animal mal cozido, pôr exemplo, faz com que se verifique a diminuição da demanda do aparelho mastigatório que acompanhou a civilização.
- Apesar de 1.000 anos ser um longo tempo em relação à vida humana, é um tempo muito curto para uma perspectiva de evolução. Os registros de fósseis documentam tendências evolutivas, em muitos milhares de anos, que afetaram a dentição atual, incluindo diminuição no número de dentes e no tamanho dos ossos maxilares. Por exemplo, existe uma contínua redução no tamanho dos dentes tanto anteriores quanto posteriores nos últimos 50.000 anos. O número de dentes nos

primatas mais evoluídos foi reduzido, se comparado ao padrão comum dos mamíferos. O terceiro incisivo e o terceiro pré-molar desapareceram, assim como o quarto molar. Atualmente, o terceiro molar humano, o segundo pré-molar, e o incisivo lateral não se desenvolvem com frequência, o que indica que esses dentes podem estar em extinção. Comparados com populações primitivas, os humanos modernos tem ossos maxilares pouco desenvolvidos.

- À medida que alimentos sólidos e semi-sólidos eventualmente são adicionados à dieta, é necessário que a criança use a língua de uma maneira mais complexa para coletar o bolo, posicioná-lo no centro da língua e transportá-lo posteriormente. Os movimentos de mastigação de uma criança jovem, tipicamente, envolvem movimentar a mandíbula lateralmente à medida que ela se abre e, então, trazendo-a de volta à linha média, fechar para colocar os dentes em contato com o alimento. Na época em que os molares decíduos iniciam sua erupção, este tipo de padrão juvenil de mastigação se torna bem estabelecido. Também nesta época, os movimentos mais complexos da parte posterior da língua produzem a definitiva transição da deglutição infantil para a adulta.
- Praticamente todos os lactentes modernos iniciam alguma forma de hábito de sucção não nutritiva – sucção digital ou de algum objeto de forma semelhante. Tem sido relatado que alguns fetos têm os seus polegares sugados dentro do útero, e a vasta maioria dos recém-nascidos o faz no período de 6 meses a 2 anos ou mais de vida. Esta prática é culturalmente determinada em alguma extensão, desde que as crianças em grupos primitivos que têm pronto acesso ao seio materno por um período longo de tempo raramente sugam qualquer outro objeto.
- *Uma teoria, apresentada primeiramente por Corrucini, é que a maloclusão é mais prevalente agora do que há poucas centenas de anos, devido às grandes mudanças na dieta e na função maxilar que têm ocorrido em algumas gerações. O que se assume implicitamente é que um subdesenvolvimento relativo dos arcos dentários geralmente ocorre atualmente, e esta é a razão para o apinhamento e mal alinhamento dentário freqüentes. O maior problema desta teoria é que não existem hipóteses plausíveis para explicar como o estímulo da atividade mastigatória freqüente possa ser traduzido em aumento dos arcos dentários, e somente uma evidência indireta de que a consistência alimentar está relacionada ao tamanho dos arcos. Mudanças no hábito alimentar, de fato, parecem ter ocorrido ao mesmo tempo que tem ocorrido um aumento*

da maloclusão na maioria das populações, porém a correlação não está bem estabelecida e, mesmo que essa correlação fosse demonstrada, isto não prova causa e efeito.

**Extrato:** Diminuição da demanda do aparelho mastigatório que acompanhou a civilização; os registros de fósseis documentam tendências evolutivas, em muitos milhares de anos, que afetaram a dentição atual, incluindo diminuição no número de dentes e no tamanho dos ossos maxilares; existe uma contínua redução no tamanho dos dentes tanto anteriores quanto posteriores nos últimos 50.000 anos; comparados com populações primitivas, os humanos modernos têm ossos maxilares pouco desenvolvidos; a maloclusão é mais comum agora do que há poucas centenas de anos, devido às grandes mudanças na dieta; mudanças no hábito alimentar, de fato, parecem ter ocorrido ao mesmo tempo que tem ocorrido um aumento da maloclusão na maioria das populações, porém a correlação não está bem estabelecida e, mesmo que essa correlação fosse demonstrada, isto não provaria uma relação causa e efeito.

HARUKI, T.; KANOMI, R.; MORITA, H. & KAWABATA, J. (1995)

- Os humanos começam a ingerir comida transformando a comida em energia necessária para a existência e comunicação através da fala, formando assim a sociedade. A cavidade oral tem um papel essencial nestas funções. *Quando se ingere comida, o morder apropriado, mastigação e deglutição devem ser bem conduzidas para que a fala possa ser bem pronunciada e inteligível. Não há dúvida da cooperação dos movimentos de lábios, dentes e língua como eixo de todas estas atividades.*

**Extrato:** A mastigação está relacionada com uma boa fala.

SOLIGO, M. O. (1995)

- A amamentação natural é muito importante na determinação do ritmo e direção do crescimento mandibular, uma vez que ao sugar a criança faz movimentos de protração e retração da mandíbula, estimulando fortemente os centros de crescimento desta, fazendo com que haja um crescimento póstero-anterior de seus ramos.
- Van Deer Laan (1995) reafirma esta colocação, afirmando que na amamentação artificial, o bebê succiona o conteúdo líquido obtendo pressão negativa na boca principalmente pela ação dos músculos bucinadores e sem muito esforço, enquanto que a “ordenha” do peito materno exige um maior trabalho dos músculos pterigoídeos, masséteres e temporais movimentando a mandíbula

para frente e para trás em sincronia com a deglutição, o que estimula o correto crescimento crânio-facial e a manutenção do circuito da respiração nasal.

- ... *A deglutição atípica, em geral, é precedida de uma mastigação também atípica que por sua vez, é resultante de movimentos anormais de mandíbula e dos músculos que tomam parte na mastigação. Em consequência dessa anormalidade a mastigação é menos vigorosa devido a hipotonia da musculatura.* Os alimentos são preparados inadequadamente, sem consistência e são deglutidos aos poucos, deixando resíduos espalhados pela cavidade bucal.
- *Hábitos alimentares:* a criança encontra-se preparada para a mastigação à partir da erupção dos primeiros dentes e portanto, necessita de uma alimentação mais consistente para que possa exercitar seu padrão mastigatório, padrão este que interfere diretamente no desenvolvimento crânio-facial.
- *Observa-se que o uso prolongado de uma dieta alimentar líquido-pastosa determina um padrão muscular hipotônico, podendo gerar desvios de crescimento e/ou oclusais.*
- Quanto à relação entre os hábitos orais deletérios e a oclusão temos a classificação etiológica de Graber (1974) apud Galvão (1986) e Petrelli (1992), a qual coloca os hábitos orais viciosos, em especial a sucção digital, sucção de lábios e/ou língua, onicofagia e uso prolongado e/ou errôneo da chupeta e mamadeira, como fatores extrínsecos relevantes.
- Oliveira, Peters, e Prates (1983) avaliaram 790 crianças de 3 a 6 anos, a fim de verificar a prevalência dos hábitos de sucção e as possíveis correlações com a oclusão. *Concluíram que a incidência dos hábitos diminui com a idade;* que há uma prevalência para o sexo feminino; e que a prevalência de hábitos de sucção para ambos os sexos, foi mais elevada no grupo de crianças portadoras de más oclusões (55,84%) do que nas com oclusão clinicamente normal (3,85%).
- Guedes (1985) afirma que os hábitos mais comuns entre as crianças são a sucção de dedo ou chupeta e que esta seria uma causa de más oclusões, mais freqüentemente a mordida aberta, e das deglutições atípicas.
- Silva (1983) ... acredita que as más oclusões causam alterações articulatorias, como por exemplo na mordida aberta: “A mordida aberta anterior pode interferir na articulação dos fonemas (t, d, n, l, r) e a mordida aberta lateral nos fonemas sibilantes (s, z, ch, j)”.
- Guedes (1985) coloca que como conseqüências de uma má oclusão podemos encontrar as deglutições atípicas, o que acarretaria a diminuição do tônus e mobilidade muscular favorecendo

as imprecisões articulatórias como um sigmatismo frontal (ponta da língua contra os incisivos – ceceio) ou lateral (bordos de língua contra os molares e pré-molares) ocasionando um som “palatizado”, que pode ser acompanhado de escape de saliva.

- Douglas (1988) afirma ser “óbvio que a má oclusão é uma causa de alteração na fala. Assim 80% dos indivíduos com má oclusão apresentam ceceio”. Este ainda relaciona a mordida aberta anterior severa e o prognatismo com distorções dos fonemas /f/ e /v/ e a retrusão mandibular com distorções dos fonemas /p/, /b/, /m/, /s/ e /z/.
- Segovia (1988) afirma que a pronúncia defeituosa do /s/ pode estar relacionada a uma lesão orgânica, ao que pode se associar outras causas. Afirma ainda que uma anomalia das arcadas dentárias, ou um mal posicionamento dentário, podem ser muito importantes neste transtorno, mas são mais predisponentes do que determinantes.
- Moura (1994) após pesquisar 288 crianças de 3 a 7 anos concluiu que não há relação direta entre ceceio anterior e mordida aberta anterior, bem como não há relação direta entre mordida aberta anterior e hábitos orais.

**Extrato:** A amamentação é importante no crescimento crânio facial; a mastigação atípica leva à deglutição atípica; a mastigação interfere no crescimento e desenvolvimento crânio facial; a dieta líquido - pastosa leva à alteração de tono que leva a problemas no crescimento e na oclusão; hábitos orais provocam problemas de oclusão e de deglutição atípica; má oclusão pode ou não levar a problemas de fala.

VAN DER LAAN, T. Fita de Vídeo (1995)

- Como será que funciona o aparelho mastigatório do Homem em condições naturais?
- que acontece a uma boca submetida à função vigorosa de uma alimentação abrasiva?
- Segundo a RNO, *nossa alimentação civilizada mole e pastosa leva a uma função igualmente mole, sem vigor, provocando a falta de atrição das cúspides e um conseqüente bloqueio mandibular*. Com esta limitação nos movimentos mandibulares vão faltar estímulos neurais de crescimento, *provocando um hipodesenvolvimento das arcadas, além de um desequilíbrio oclusal* (Planas, 1994).
- Já *uma alimentação primitiva dura, seca e fibrosa exige uma função oclusal vigorosa e abrasiva, provocando uma atrição dental*, além de uma extrema liberdade mandibular. Esta

reconhece-se que o esforço realizado pela musculatura perioral do recém nascido é bem maior quando suga o seio materno do que a força para sugar o bico de uma mamadeira.

- Uma investigação realizada em 167 pacientes em ambulatórios, 55 destes indivíduos apresentaram *deglutição atípica*, 57, *problemas fonarticulatórios* e o restante, outras complicações não menos importantes, sendo que todos estes *apresentavam um período de aleitamento materno inadequado ou inexistente*.
- *Deglutição Atípica* é uma das patologias mais presentes em clínicas fonoaudiológicas e é *acarretada* normalmente devido *ao uso inadequado de chupetas, mamadeira e ao hábito de sucção digital*.
- *aleitamento materno ao ser substituído por artificios nutricionais* (chucas, mamadeiras) faz com que o bebê não seja devidamente estimulado na área sensorio-motora e muito provavelmente *leva* esta criança a se desinteressar pela sucção do leite materno, já que esta ação requer maior esforço físico. A partir deste momento, *as musculaturas perioral e de língua tornam-se hipotônicas, levando a uma inabilidade na deglutição normal*. Em consequência destas alterações, freqüentemente há uma *deformação de arcada dentária* e palato, ocasionando *a mordida aberta frontal ou lateral*.
- Esta criança terá dificuldade no corte do alimento, na mastigação lateral e na formação do bolo alimentar. Quando engolir apresentará protusão lingual, intensificando mais e mais a parte anátomo-fisiológica da arcada, do maxilar e da mandíbula.
- *Distúrbios Fonoarticulatórios* dados coletados na amostragem já citada, demonstraram que os indivíduos portadores de *distúrbios fonarticulatórios não receberam o aleitamento materno adequadamente*; muitas vezes, por falta de conhecimento da própria família.

**Extrato:** Não amamentação produz problemas de fala; sucção é bom para desenvolver linguagem oral; a falta de amamentação ou sua ocorrência em um curto período causa deglutição atípica e problemas fonarticulatórios; a deglutição atípica é provocada por chupeta, mamadeira ou sucção de dedo; falta de peito leva à hipotonia de língua e de musculatura perioral; a inabilidade de deglutição provoca a deformação da arcada dentária.

FERRAZ, M. C. A. (1996)

liberdade mandibular e o constante atrito entre os dentes durante a *função mastigatória* vão *proporcionar estímulos neurais de crescimento adequados* para um natural desenvolvimento das arcadas e da função oclusal.

- *A forma e função do órgão mastigatório dos indígenas Ianomami é resultado direto de uma enorme quantidade de estímulos neurais naturais, o que se observa então é o estabelecimento de um equilíbrio oclusal e um correto desenvolvimento facial.*
- *... Nesta frenética busca por um maior conforto na alimentação, com alimentos moles e super calóricos, a boca deixou de receber uma estimulação naturalmente prevista para se desenvolver e não se adaptou evolutivamente à esta súbita mudança, que chamamos de “Revolução Industrial”.*
- *Por outro lado, no homem industrializado, uma falta de atrição leva a um excesso de material cuspídeo e a um bloqueio mandibular, onde a mastigação predominantemente em cêntrica não promove a correta estimulação de desenvolvimento das arcadas, desequilibrando a oclusão. E esta é a principal causa da constante falta de espaço em arcadas modernas e, conseqüentemente, do alto índice de maloclusões, apinhamentos dentais e dentes retidos (Barret, 1953; Begg, 1954a e b; Beyron, 1954; Murphy, 1968; Neiburguer, 1979a e b).*
- *... a atrição, como ocorre nos Ianomami, é uma manifestação visível da maturação de uma função mastigatória vigorosa e dinâmica, e sua ausência é a evidência de uma alimentação em condições não naturais. Exatamente o que ocorre no homem industrializado.*
- *A abrasão fisiológica dos dentes... é um fato real e natural, uma necessidade fisiológica para uma correta maturação, função e sobrevivência do sistema estomatognático humano.*
- *... correta função mastigatória e obter, através disto, um perfeito crescimento facial.*

**Extrato:** A alimentação civilizada é mole e pastosa levando a uma função igualmente mole, sem vigor, interferindo no crescimento, provocando um desequilíbrio oclusal; a busca por um maior conforto na alimentação, com alimentos moles e super calóricos, fez com que a boca deixasse de receber uma boa estimulação para se desenvolver não se adaptando evolutivamente à esta súbita mudança, chamada de “Revolução Industrial”.

VAN DER LAAN, T. (1995)

- Podemos afirmar que a *amamentação* é uma função importantíssima proporcionando uma *estimulação necessária ao crescimento mandibular anterior, prevenindo* assim grande parte das distoclusões. (*Classe II*).
- Milhares de anos de evidências naturais, representados por fósseis pré-históricos e crânios antigos e medievais, bem como homens contemporâneos vivendo em condições primitivas, comprovaram que *houve um aumento vertiginoso nos índices de maloclusões no homem conforme este foi se civilizando*. Funções como amamentação, respiração, mastigação e deglutição perderam suas características fisiológicas naturais pela falta ou simples desvio da função correta, *causando modificações estruturais no esqueleto humano*.

**Extrato:** Falta de amamentação causa modificação no osso; amamentação interfere no crescimento; funções orais mudaram com a civilização.

ALMEIDA, B.N.P. & CHAKMATI, C.S.S. (1996)

- É muito importante que as estruturas, *língua, lábios, palato, dentes, bochechas, etc*, estejam adequadas para a realização de uma função decorrente, que é a *fonação como fala*, isto é, articulação de sons seqüencializados resultando em palavras. *O tono muscular, a precisão e coordenação dos movimentos dos OFAs* necessários para uma articulação eficiente são desenvolvidos *a partir das funções vitais de sucção, mastigação, deglutição e respiração*.

**Extrato:** Os órgãos fono articulatórios (OFA) tem que estar adequados para o bom desenvolvimento da fala; o tono e a mobilidade destes órgãos são desenvolvidos a partir das funções.

BARBOSA, T. C. & SCHNONBERGER, M. B. (1996)

- Tantas e tão acentuadas são as *vantagens do aleitamento materno* que se observa, apesar do reconhecimento público da superioridade desta alimentação, que ainda não se conseguiu elevar satisfatoriamente o percentual de mulheres que amamentem seus filhos pelo prazo adequado de seis meses.
- A sucção é o exercício mais eficaz e natural para que uma criança possa *desenvolver sua linguagem oral*. Portanto, a estimulação sensório-motor-oral realizada precocemente dará à criança subsídios de melhor adequação dos órgãos fonoarticulatórios. Acrescentado a este fato,



- Etiologia da Má-Oclusão Agentes físicos: *Alimentação – quebra de equilíbrio muscular (comida pastosa que leva a criança a não mastigar)*

**Extrato:** A causa da má oclusão é a alimentação pastosa.

JUNQUEIRA, P. S. & GUILHERME, (1996)

- Das nossas proposições iniciais *que pudessem justificar a relação entre oclusão alterada e sigmatismo interdental*, encontrada somente na escola pública, acreditamos que, *talvez, a alimentação não seja um fator diferente para as duas amostras*. Durante a avaliação das 500 crianças em ambas as escolas, pudemos, por diversas vezes, presenciar a hora do lanche destas crianças. *Na escola pública a merenda oferecida, por muitas vezes, se consistia apenas numa sopa. Vez e outra foi, também, oferecido às crianças leite e um pedaço de um bolo macio.*
- *Já na escola particular, era curioso observar o que as crianças traziam dentro de suas lancheiras para comerem no horário destinado ao recreio. No geral, o lanche se consistia em pacotes de salgadinhos, pães macios tipo de forma ou bisnaga, “danones”, iogurtes, bolachas recheadas e refrigerantes.*
- *De acordo com estas nossas observações, questionamos se uma alimentação menos adequada em termos de consistência poderia estar sendo determinante ou agravando a presença do sigmatismo na escola pública. Embora as crianças da escola particular possam até ter acesso a uma alimentação mais consistente, também não têm como hábito este tipo de alimento.*
- Deste modo, não são apenas as crianças da escola pública que deixam de comer alimentos consistentes. Esse fato parece ser uma constante entre crianças de um modo geral, não podendo, desta forma, justificar a relação entre sigmatismo e maloclusão encontrada na escola pública.

**Extrato:** A alimentação de escola particular e pública não difere muito em termos de consistência.

MERCADANTE, M. M. N. (1996)

- *Além disso, quando a sucção é feita no peito materno, a força exercida é muito maior do que a sucção na mamadeira, ocasionando um maior desenvolvimento e maturação dos músculos periorais.*

**Extrato:** Sucção no peito leva a um melhor desenvolvimento e maturação dos músculos.

NEIVA, F.C.B. & WERTZNER, H.F. (1996)

- Com o objetivo de *caracterizar os sintomas da alteração miofuncional oral* em sujeitos com diagnóstico de deglutição atípica, estudou-se 29 sujeitos entre 8:1 à 9:0 anos de idade, com o diagnóstico principal de alteração miofuncional oral (deglutição atípica). Concluiu-se que com relação à entrevista inicial, as características mais freqüentes foram: *amamentação natural por quatro meses ou mais, uso de bico comum na mamadeira, bico de mamadeira com furo aumentado, uso de chupeta por um período superior a seis meses, uso de chupeta comum, presença de alterações de respiração e lábios entreabertos no repouso.*
- Verificou-se que a maior parte dos sujeitos com *deglutição atípica (60,7%) tiveram uma amamentação natural por 4 meses ou mais.* Esse achado *se contrapõe ao abordado pela literatura* sobre os efeitos da amamentação natural nos aspectos fonoaudiológicos, prevenindo entre outras alterações, a deglutição atípica. Ressalta-se que tal achado pode estar relacionado ao fato de que esses sujeitos não foram amamentados exclusivamente no peito, de modo que em algum momento do período enfocado *usaram mamadeira. .... Além de alterar as funções de mastigação, sucção e deglutição, a amamentação artificial com instrumentos inadequados (bico comum de mamadeira com furo aumentado) pode gerar alterações anatômicas na região orofacial, como alterações da postura de lábios e língua, alterações na formação da arcada dentária, alterações no palato, entre outras (Straub, 1960; 1961).* Outro fator que a literatura aponta como *causa da deglutição atípica* e que também foi encontrado na maioria dos sujeitos da presente amostra, corresponde aos hábitos orais, *especialmente a chupeta.* De acordo com a ASHA (1990 a), *os hábitos orais também podem influenciar no desenvolvimento dentário. ... Em relação ao tipo de chupeta, a maior parte dos sujeitos usou chupeta comum.* A literatura estudada não aponta diferenças entre os tipos de chupetas (comum e ortodôntica). ... A *maloclusão dental* está relacionada às *alterações miofuncionais orais (Garliner, 1966),* pois o movimento dos dentes na boca sofre influência dos tecidos moles, de modo que um *desequilíbrio pode gerar uma maloclusão.* Esse *desequilíbrio,* como já foi citado anteriormente, pode ocorrer, por exemplo, *devido à amamentação artificial com instrumento inapropriado, hábitos orais, postura dos tecidos moles.*

**Extrato:** Amamentação e mamadeira, em conjunto, podem produzir a deglutição atípica; bico de mamadeira aumentado altera a mastigação, sucção, deglutição e provoca alterações anatômicas;

chupeta leva à deglutição atípica; má oclusão seria causada por alteração miofuncional oral, amamentação artificial, hábitos orais ou postura dos tecidos moles.

SEGOVIA, M. L. (1996)

- *A sucção no peito materno estimula a respiração nasal. A sucção forma os primeiros estereótipos motores dos lábios e da língua. Por meio do movimento de ordenha a mandíbula do bebê em posição fisiológica distal vai crescendo no sentido ântero-posterior pelo trabalho conjunto de ambas ATM.*
- *Para que o hábito da mastigação se desenvolva normalmente é indispensável uma fina sensibilidade da boca da musculatura mastigatória da língua, a sensibilidade do véu, do paladar e da parede faringea, estas últimas são as que colocam em ação o reflexo da deglutição.*
- *Aos 18 meses com a aquisição de uma mastigação bem definida, as formas orais (modo) estão bastante diferenciadas e coordenadas.*
- *Para Planas, a atividade mastigatória é de fundamental importância para se obter a harmonia funcional e crescimento adequado dos maxilares. Ter uma boa função mastigatória depende tanto do trabalho coordenado dos músculos mandibulares, faciais, linguais, das bochechas, da língua, como também de uma perfeita dentição (as peças devem ter boa intercuspidação) e também depende do tipo de alimento que deve, preferencialmente ser duro e seco.*
- *Com a mastigação aparece uma importante modificação dos hábitos nutricionais, o qual contribui para o desenvolvimento geral da criança e em particular para o crescimento dos maxilares.*
- *Se os maxilares crescem adequadamente e não existem desequilíbrios anormais e constantes, a língua conseguirá se ajustar na cavidade bucal e pouco a pouco se posicionará dentro da mandíbula, porque o crescimento da cavidade bucal e faringea, forma o espaço necessário para suas funções e em conseqüência não necessitará protuir-se.*
- *Ensinar as futuras mães a importância da alimentação láctea materno infantil. Estar atento à função mastigatória e introduzir na dieta alimentos duros e secos.*

**Extrato:** Mamar facilita a respiração nasal, o bom crescimento, a boa oclusão; alimentos duros e secos levam ao crescimento adequado e isto posiciona bem a língua.

TERRA, V. H. T. C. (1996)

- Straub (1951) examinando 237 pacientes com deglutição atípica, sugeriu o termo “deglutição perversa”, que tinha como características principais: projeção anterior ou lateral da língua, ausência de oclusão dentária. *...No histórico realizado junto aos pacientes, levantou que sem exceção, os 237 pacientes fizeram uso da mamadeira durante o período de aleitamento. ... Conclui portanto, que o aleitamento por mamadeira parece ser o principal fator etiológico da deglutição atípica infantil, que em muitos casos é a causa de severas maloclusões dentárias.*
- Straub (1960) em uma pesquisa realizada em 478 pacientes alimentados por mamadeira, deparou-se com o fato de que ambos os arcos dentários estavam alterados. Concluiu que a deglutição atípica se mostra como resultado direto do aleitamento artificial inadequado, podendo causar mordida aberta anterior e ou posterior, interferindo no desenvolvimento da dentição.

**Extrato:** Mamadeira causa deglutição atípica que é a causa da má oclusão.

TOMÉ, M. C.; FARRET, M. M. B. & JURACH, E. M. (1996)

- Os padrões anormais habituais e deletérios de conduta muscular freqüentemente estão associados com o crescimento ósseo anormal, más posições dentárias, distúrbios na respiração e na fala, perturbação no equilíbrio da musculatura facial e problemas psicológicos.
- Para Lino (1992) *os hábitos orais enquadram-se dentro dos fatores extrínsecos causadores de maloclusão como: hábitos nocivos de sucção, deglutição, respiração, postura e fonação.* Os fatores extrínsecos, segundo o autor, são aqueles que não estão diretamente ligados aos arcos dentários, ou seja, não pertencem morfológicamente às bases apicais ou ossos alveolares. *Em relação aos fatores etiológicos, o autor discorre, ainda, que a presença de condições favoráveis nem sempre significa por si, mesma a garantia de que surgirá uma maloclusão.* É preciso lembrar que existem mecanismos individuais de ajustes no desenvolvimento e modificações de crescimento que podem, até certo ponto, compensar tais situações permitindo uma evolução normal da oclusão. *Deve-se levar em conta que a deformação depende da freqüência, intensidade, duração, predisposição individual, idade e também das condições de nutrição e saúde do indivíduo.*

**Extrato:** Padrões habituais e deletérios estão associados com crescimento ósseo anormal, com os conseqüentes problemas de função e com problemas psicológicos; nem sempre os hábitos levam a má oclusão.

BENKERT, K.K. (1997)

- *As técnicas de terapia miofuncional orofacial são aplicáveis em vários tipos de distúrbios, de natureza interdisciplinar.* A terapia miofuncional orofacial e seus princípios podem ser usados independentemente ou conjuntamente para tratar distúrbios envolvendo respiração bucal e postura de repouso da língua, lábios e mandíbula; incompetência labial; alterações de ATM e disfunção da musculatura temporo mandibular; deglutição atípica, desvios posturais de cabeça, pescoço e mandíbula; distúrbios de mastigação, deglutição e sucção; alongamento de freios labiais e lingual; sucção de polegar; padrões incorretos de articulação da fala; dispraxia oral e hábitos parafuncionais incluindo bruxismo e apertamento dentário.

**Extrato:** Os distúrbios miofuncionais são de natureza interdisciplinar.

CUNHA, V. L. O. (1997)

- Foi realizada uma pesquisa teórica com o objetivo de elaborar um material informativo sobre a importância das funções de sucção, mastigação, respiração para o desenvolvimento e crescimento harmônico da face e a influência dessas funções para o desenvolvimento adequado da fala com o objetivo de se fazer uma detecção precoce de possíveis alterações e a prevenção de distúrbios do sistema estomatognático.

**Extrato:** Funções orais interferem no crescimento da face que, por sua vez, interferem na fala.

PAIVA, H. J. (1997)

- *A sucção do leite materno é completamente fisiológica, uma vez que contribui para o desenvolvimento da musculatura perioral, da língua e músculos supra-hióideos, predominantemente.* Além disso, os autores são unânimes em afirmar quão indispensável é esta atividade para o aprimoramento dos maxilares.

- ... *uso de mamadeiras... o orifício* comumente criado nestes materiais *são grandes* o suficiente para liberar, em demasia, o leite artificial, o qual é ingerido muito rapidamente pela criança, *não solicitando sua musculatura para normalmente realizar a sucção do conteúdo alimentar.*
- Não se deve esquecer, no entanto, o aspecto psicológico de frustração da criança após *o brusco desmame* ou utilização de mamadeira no sentido de acalmá-la, o que permite a *indução do hábito de sucção do polegar muito precocemente.*
- *Alterações devidas ao hábito de sucção digital:*
  - . protrusão maxilar;
  - . protrusão dos incisivos superiores (o que contribui para originar a mordida aberta e consequentemente deglutição atípica);
  - . extrusão e retração dos incisivos inferiores;
  - . deformidade no palato duro;
  - . estreitamento dos soalhos nasais.
- ... *os hábitos de sucção do polegar, e interposição lingual, em decorrência das alterações que causam ao nível dos incisivos, são fatores etiológicos potenciais capazes de desencadear tais reflexos anormais, cujas conseqüências se fazem notar sob a forma de maloclusões,* bem como através de algumas outras disfunções. Como exemplo, o paciente com deglutição atípica freqüentemente apresenta interposição de língua, acúmulo de saliva na comissura labial e distúrbios na dicção, devido aos movimentos exagerados de língua entre os dentes, ao serem articulados os fonemas “te”, “de”, “le”, “se”, e “ze”.

**Extrato:** Sucção no peito da mãe contribui para o desenvolvimento da musculatura perioral, da língua e músculos supra-hióideos; mamadeira com furo grande provoca problemas musculares; sucção digital produz problemas ósseos, dentários, de oclusão e deglutição atípica; sugar dedo e interpor a língua provocam a má oclusão.

PRAETZEL, J.R.; PISTÓIA, S.P.; SALDANHA, M.J.Q. & ROCHA, N.L (1997)

- *Os distúrbios miofuncionais da face* já são do conhecimento de especialistas envolvidos com a face há muitos anos, e *interferem em todas as funções exercidas pela mesma, como respiração, sucção, deglutição, mastigação, fono articulação* e toda a dinâmica neuromuscular. ... *Uma criança,* a partir do momento em que começa a executar os movimentos fisiológicos e funcionais

*para alimentar-se, através da sucção e deglutição, interligadas com a respiração, já está sujeita a Distúrbios Miofuncionais, caso estas funções não estejam sendo realizadas corretamente.*

- *A população civilizada em geral perdeu o hábito de amamentar no seio materno, ou a realiza por um tempo inadequado.* A amamentação deixou de ser vital ao ser humano a partir dos últimos 150 – 300 anos com o avanço da industrialização, que possibilitou a sobrevivência das crianças sem mamar no peito, pois as mamadeiras, os alimentos processados, chupetas, mordedores são utilizados para substituir ou compensar as funções naturais ignoradas ou deturpadas.
- Os autores levantaram 595 pacientes entre 1 e 14 anos por fichas de anamneses em uma clínica odontológica. Observaram que 322 possuíam conseqüências dos distúrbios miofuncionais, como por exemplo: respiração bucal, mordida aberta anterior, mordida cruzada uni ou bilateral, Classe II de Angle, sobressaliência, sobremordida ou deglutição atípica. Destes 322, 225 (69,87%) amamentaram menos que 6 meses e 97 ( 30,12%) amamentaram mais que 6 meses. Dos 273 restantes, que não tinham problemas de distúrbios miofuncionais, 155 (26%) foram amamentados menos de 6 meses no seio materno, enquanto 118 (19,9%) foram amamentados 6 meses ou mais no seio materno.
- Através dos resultados obtidos, podemos levantar a hipótese de que a amamentação no seio materno não é o único fator responsável pela ocorrência de distúrbios miofuncionais, mas a ausência desse estímulo poderá levar ao não sincronismo no circuito fisiológico respiração/sucção/deglutição, com isso desenvolvendo uma maior propensão à distúrbios miofuncionais na face.

**Extrato:** A amamentação não é o único fator ligado aos distúrbios miofuncionais

ANDRADE, C.R.F. & GARCIA, S.F. (1998)

- *Diante de todos os comprovados benefícios decorrentes do aleitamento natural e de toda ênfase da OMS/UNICEF para que sejam desenvolvidos planos de ação que promovam esse tipo de alimentação infantil, encontra-se na literatura uma lacuna nesse assunto.* Esse hiato é maior em estudos relacionados à participação do bebê no sucesso do aleitamento natural, e *quanto, e como, o tipo de aleitamento oferecido pela mãe pode favorecer ou prejudicar o desenvolvimento das habilidades miofuncionais orais e das funções neurovegetativas.* Além disso não encontramos na

literatura dados sobre quais as conseqüências *do padrão de aleitamento no desenvolvimento geral da comunicação*.

- Os estudos miofuncionais orais de recém nascidos normais são bastante restritos, existindo um contingente de pesquisas mais aprofundadas sobre esses aspectos em recém-nascidos de risco.
- Para boa parte das crianças, as inabilidades sensório-motoras orais e das funções neurovegetativas (lentidão na sucção, escape de leite pelas laterais dos lábios, engasgos constantes e etc.) podem comprometer em graus variáveis o processo do aleitamento natural implicando inicialmente numa transição para o aleitamento artificial (que oferece o recurso de aumentando-se o furo do bico da mamadeira garantir que o leite seja depositado na cavidade oral, elicitando a fase reflexa da deglutição, sem que tenha havido o esforço motor orofacial inicial do processo) e para a alimentação sólida precoces e ainda, posteriormente, *podendo acarretar danos nas funções alimentares volitivas e de movimentação sofisticada dos órgãos fonoarticulatórios. Esse déficit pode ser considerado como um dos agentes responsáveis por uma série de patologias ortodônticas e fonoaudiológicas (Torres, 1973; Segóvia, 1977; Altmann, 1990; Proença, 1990).*
- Assim, sobre a *influência do tipo de aleitamento nos padrões miofuncionais orais, o natural configura-se como o mais favorável à adequação das estruturas, o misto responde por um maior comprometimento da musculatura facial, sendo como já visto anteriormente, que o uso da mamadeira, exclusivamente, na faixa etária pesquisada, é a pior opção para o desenvolvimento equilibrado da funcionalidade oral... O aleitamento natural deve ser incentivado também por ser o tipo de amamentação que mais favorece a harmonia do desenvolvimento miofuncional oral e neurovegetativo; requisitos básicos e fundamentais para o desenvolvimento posterior das funções comunicativas de fala e linguagem.* Nos induz a considerar que a introdução do elemento artificial na alimentação dos bebês gera danos no equilíbrio fisiológico natural numa razão direta – *aleitamento natural (gera maior harmonia), aleitamento misto (compromete significativamente a miofuncionalidade facial mas mantém alguma harmonia), aleitamento artificial (gera um desequilíbrio global).*
- Sobre a influência do tipo de aleitamento nos padrões de sucção e deglutição dos bebês configura-se o natural como aquele que mais favorece a harmonia, sincronia e estabilidade funcional desses sistemas e o tipo artificial demonstra ser o mais prejudicial. Sobre a influência do

tipo de aleitamento nos padrões miofuncionais orais configura-se novamente o natural como o mais favorável à adequação das estruturas, o misto responde por um maior comprometimento da musculatura facial e o artificial demonstra ser a pior opção para o desenvolvimento equilibrado da funcionalidade oral... *A amamentação natural é também a base fundamental para o adequado desenvolvimento do aparato fisiológico que posteriormente será responsável pela eficiência das funções comunicativas.*

**Extrato:** A amamentação favorece o desenvolvimento mio funcional oral e as funções neurovegetativas que são requisitos para a comunicação em termos de fala e linguagem.

CATTONI, D. M.; NEIVA, F. C. B.; ZACKIEWICZ, D. V. & ANDRADE, C. R. F. (1998)

- *A importância do aleitamento materno* para a promoção do *pleno crescimento e desenvolvimento da criança* é um consenso entre os profissionais da área da saúde, pois é fundamental para a nutrição e proteção da saúde física e psicológica do lactente.
- Conforme apontam Ramsay e Gisel (1996), há uma tendência das mães cujos bebês apresentaram alteração do sistema sensorio-motor-oral a introduzirem métodos compensatórios de alimentação. As inabilidades do sistema sensorio-motor-oral podem, assim, prejudicar o aleitamento natural, levando a introdução do aleitamento natural, levando a introdução do aleitamento artificial.
- Uma possível explicação seria a proposta de Neifert et al. (1995), onde os bebês em aleitamento misto apresentariam uma predisposição a confusão de bicos, o que os levaria ao desmame precoce, pois o bico artificial exige menos esforço motor se comparado ao aleitamento natural.
- Os resultados mostraram que a maioria dos bebês apresentaram sucção normal e que o aleitamento materno exclusivo foi o mais freqüente entre os bebês com sucção normal. O aleitamento misto foi mais freqüente entre os bebês com sucção alterada. Esses dados sugerem que *a inabilidade do sistema miofuncional oral pode comprometer o aleitamento materno* e que a preparação das mamas e mamilos, no período pré-natal, é importante fator para a adequação da sucção.

**Extrato:** O aleitamento materno é importante, sendo que a inabilidade do sistema miofuncional pode comprometer o aleitamento materno.

GUILHERME, A. S. (1998)

- Brasil reflete esta situação, sendo que a prevalência de desnutrição pode ultrapassar 60% nas regiões mais pobres do país. Estudos realizados em Recife com famílias de baixa renda demonstram que 80% das crianças exibem alguma forma de desnutrição ao completarem 5 anos. A desnutrição não ocorre isoladamente, mas encontra-se quase que invariavelmente ligada a fatores de natureza econômica, psicológica, social, biológica e cultural o que por sua vez dificulta ou mesmo impossibilita uma interpretação definitiva do fenômeno.
- Dentre os efeitos no desenvolvimento físico temos: déficit de estatura, baixo peso, menor circunferência cefálica, menor circunferência do tórax e braço e atraso no nascimento dos dentes.
- A relação falha mãe-filho pode ser importante fator de risco para a desnutrição.
- Levando-se em consideração os aspectos do SSMO (sistema sensorio motor oral) e FNV (funções neuro-vegetativas), *nota-se que a mãe muitas vezes, em função da ansiedade em alimentar a criança de qualquer forma com vícios, tais como: abertura exagerada dos bicos de mamadeira, manutenção prolongada das dietas pastosas, além do fato freqüente do restrito, ou ausente, período de aleitamento materno leva a situações negativas. Estes fatores podem influenciar negativamente os itens de SSMO/FNV, causando hipotonia da musculatura oral e peri-oral, que já costuma ocorrer primariamente em consequência da desnutrição e da falta de estimulação global.*

**Extrato:** Furo aumentado do bico da mamadeira, manutenção de dietas pastosas e pouco tempo de amamentação podem gerar hipotonia; desnutrição também leva à hipotonia.

JUNQUEIRA, P. (1998)

- *Na anamnese os aspectos alimentares vão nos informar sobre a amamentação natural, alimentação atual, preferências alimentares e mastigação. Questionar sobre o aleitamento materno, duração, época do desmame e desenvolvimento da consistência alimentar pode nos ajudar a compreender parte das alterações miofuncionais presentes. Quanto mais velho for o paciente, mais importante é se deter na sua alimentação atual. Costumo perguntar o que ele gosta de comer, ou o que ele realmente prefere durante as refeições. Também pergunto aos pais quais as preferências alimentares de seu filho e se percebem alguma dificuldade com relação a consistência, tempo de mastigação, etc. Questiono também se a mastigação é realizada com*

*lábios fechados ou não, se é uni ou bilateral, lenta, rápida ou ruidosa, e se ingere muito líquido durante as refeições.*

**Extrato:** Perguntas na anamnese sobre alimentação.

MEURER, E.; VEIGA, L. & CAPP, E. (1998)

- estudo das crianças examinadas mostrou que *os padrões usuais visualizáveis em mastigações e deglutições variam consideravelmente na faixa dos 3 aos 5 anos.*
- As variações mais frequentes ocorreram na manutenção ou não dos lábios vedados em mastigações e deglutições. *Nas mastigações, a ausência de lábios selados foi associada a movimentos mais verticalizados de mandíbula. Nas deglutições, os lábios separados foram associados a anteriorizações de língua. Lábios separados com anteriorização de língua ou com língua baixa também foram as posturas de repouso de maior incidência entre as crianças estudadas.*

**Extrato:** O padrão de mastigação e deglutição variam muito entre 3 e 5 anos; a mastigação com movimentos mais verticais leva a uma postura de lábios abertos; lábios abertos com língua baixa, ou anteriorizada, foi a maior incidência entre as crianças.

PEREIRA, L.F.; SILVA, A. M. T. & CECHELLA, C. (1998)

- Os hábitos orais viciosos de maior ocorrência na população estudada foram a sucção de mamadeira (39,40%) seguida do hábito de sucção de chupeta (12,12%).
- *A deglutição atípica tem papel de destaque tanto pela freqüência com que ocorre quanto por ser comumente apontada como causa de alterações na produção dos sons da fala... deglutição atípica... pode ter como origem... hábito oral vicioso.*
- *Hábito... pode interferir nos padrões regulares do crescimento facial... os hábitos orais viciosos têm sua origem na lactância.*
- Na rotina clínica da Fonoaudiologia observa-se um expressivo número de indivíduos que apresentam alterações do sistema estomatognático, principalmente de *deglutição atípica associada ou não aos hábitos orais viciosos e a alterações de fala.*
- *Pudemos verificar uma grande ocorrência de hábitos orais viciosos entre os indivíduos com deglutição atípica.*

- Para Straub (1960) que analisou a etiologia da *deglutição atípica*, este padrão incorreto poderia ser causado pelo *uso indevido de mamadeira* ou por estar associado ou não a outros *hábitos*.
- Galvão (1986) confirma que o *uso da mamadeira* sem bico fisiológico, causa grande *desequilíbrio funcional muscular*.
- Lino (1980); Porto (1986); Moyers (1984); Segovia (1988) e Proença (1990) *aceitam como fator desencadeante do hábito de sucção de dedo a inadequada lactação materno-infantil*.
- Barret e Hanson (1974) referem que a *deglutição atípica* levaria a um *mau uso dos músculos* e conseqüentemente *levaria a uma articulação alterada*.
- Erlich (1967) destacou que existe uma grande porcentagem de crianças que apresentam conjuntamente problemas de *deglutição e de fala*.
- Autores como Harrington e Breinholt (1963); Anstendig (1966); Araujo (1986); Segóvia (1988); Wertzner (1990); Braga e Machado (1992); Hanson e Barret (1995) *descrevem que os indivíduos com deglutição atípica têm desvios na fonação principalmente dos fonemas /t/, /d/, /l/, /n/, /s/ e /z/*.
- *a fonoarticulação foi considerada normal em 56,67% e alterada em 43,33% dos indivíduos com deglutição atípica estudados;*

**Extrato:** A *deglutição atípica* é causada por *mamadeira* ou *hábitos*; a *amamentação* e *hábitos orais* inadequados levam ao *mal crescimento facial* que leva à *deglutição atípica*, que, por sua vez, gera *problemas de fala*.

RODRIGUES, A. C. Y.; BERRETIN, G.; JORGE, J. C. & GENARO, K. F. (1998)

- Alguns tipos de *maloclusão* *produzem alterações* significativas no *complexo craniofacial*, a ponto de constituírem um quadro mais grave composto por manifestações em diversos níveis, como ATM, cabeça, ouvido, faringe e costas. Praticamente, todos os indivíduos com *alterações oclusais* mostram um *padrão disfuncional* em alguns ou em todos os *músculos do sistema estomatognático*, o que pode induzir a padrões de *mastigação e deglutição adaptados*.
- Durante a *deglutição* com contatos prematuros em relação *cêntrica*, podem estar presentes *assincronismo muscular*, *contração sustentada* e *contração dos músculos peribucais* (Jankelson et al., 1956), bem como o indivíduo que altera o seu padrão de *deglutição* possibilita a *retrusão condilar* por colocar a *língua* entre os dentes durante a *deglutição* (Grene, 1979).

- Sendo que a partir da deglutição do leite materno, temos o respirar, o deglutir propriamente dito, e o ordenhar. Estes três itens, associados ao já descrito sugar no período fetal, promovem o crescimento crânio-facial e a maturação (funcional) das estruturas do sistema estomatognático, base para o perfeito desempenho de suas funções.

**Extrato:** Má oclusão gera padrões alterados nos músculos e nas funções; mamar, respirar e deglutir promovem o crescimento crânio facial e a maturação das estruturas do sistema estomatognático para o bom desempenho das funções orais.

SCHINESTOCK, P. A. (1998)

- Na observação lateral de um recém nascido podemos perceber a grande discrepância existente entre o crânio cefálico, o terço inferior da face e a posição distal do maxilar inferior em relação ao maxilar superior. Na verdade, o crânio (M.Moss) já está com o seu desenvolvimento quase completo, *enquanto que a face e a relação basal maxilar dependem imensamente de estímulos oriundos da amamentação materna, respiração nasal e posteriormente da mastigação dos alimentos. Havendo amamentação materna por um período igual ou superior a 8 meses, proporcionar-se-á a fisiologia oral. ....* O conhecimento minucioso da *amamentação materna* e sua relação com o sistema estomatognático deve fazer parte do arsenal científico que envolve a prática odontológica, em virtude de sua *influência no desenvolvimento e crescimento crânio - facial, da maturação do sistema neuromuscular e das funções reflexo - vegetativas*. Os dentistas de um modo geral devem conhecer e se preocupar *com o período da amamentação e o início da alimentação sólida do bebê.... A mastigação deverá ser estimulada no momento certo e com alimentos adequados.*

**Extrato:** Importância da amamentação, de alimentos sólidos e mastigação para o crescimento adequado.

SEIXAS, C. A. O.; ALMEIDA, E. F. & FATTORI, L. (1998)

- A mãe substitui a amamentação pelo aleitamento com mamadeira...O bico da mamadeira não tendo a perfuração calibrada, irá deixar passar um fluxo bem superior de leite ao do peito materno. Com isso, raramente a criança tem a sensação de plenitude alimentar, não satisfazendo os aspectos psico-emocionais da criança. Assim a criança resolve esse problema por si só, fazendo a sucção dos dedos, ou então, lhe é oferecida a chupeta, sendo esse hábito um escape

para o déficit de sucções. A criança está satisfeita no aspecto nutricional. A criança está satisfeita no aspecto emocional.

- Desta forma, *a alimentação no peito deve ser demorada o suficiente para que ambas as necessidades sejam satisfeitas. Este fato torna o ato muito difícil e quase incompatível com a vida moderna. Então há necessidade de recursos artificiais para alimentar a criança, isto é, o emprego de mamadeira.* O bico não tendo a perfuração calibrada, faz com que a criança raramente atinja a sensação de plenitude alimentar. *Este volume excessivo de leite obtido pela mamadeira irá implicar no treinamento errado da deglutição. Poderão ocorrer desvios na posição da língua e instalar-se o hábito de deglutição atípica.*

**Extrato:** Mamadeira provoca problemas psicoemocionais levando à sucção de dedo ou chupeta; a vida moderna leva a um maior uso da mamadeira por falta de tempo e isto acarreta a posição incorreta da língua e a deglutição atípica.

TANIGUTE, C.C. (1998)

- A articulação dos sons da fala está ligada ao desenvolvimento e maturação do sistema miofuncional oral e às demais funções neurovegetativas de respiração, sucção, mastigação e deglutição.
- *Para que ocorra, portanto, este desenvolvimento e maturação, faz-se necessário, como já foi visto, uma seqüência correta na introdução dos alimentos das crianças.*
- *A sucção no período de amamentação é de suma importância, depois, devem-se oferecer alimentos pastosos e, por último, os sólidos, possibilitando, assim, a prática da mastigação e o amadurecimento do padrão de deglutição. Não devemos esquecer que qualquer intercorrência no que diz respeito à forma anatômica do indivíduo refletirá significativamente nas funções por ele executadas.*

**Extrato:** A fala está ligada ao desenvolvimento dos OFAs e de suas funções, daí a importância da alimentação correta; a forma também pode interferir nas funções orais.

TOMÉ, M. C.; GUEDES, Z. C. F.; SILVA, A. M. T. & CEHELLA, C. (1998)

- *As alterações morfofuncionais poderiam levar também a alterações em funções como a fonoarticulação.*

- Entre as *alterações fonarticulatórias* as de maior ocorrência relacionaram-se aos fonemas dentoalveolares (45,20%); a *deglutição e a oclusão dentária* foi considerada normal em 44,66% e alterada em 55,40% dos indivíduos estudados.
- ... *muitos autores sugerem que um problema na oclusão, deglutição ou articulação da fala, poderão estar relacionados entre si* (Rix, 1946; Bankson e Byrne, 1962; Erlich, 1967; Barret e Hanson, 1974; Vieira, 1986; Andrianopoulos e Hanson, 1987; Melsen et al., 1987; Almeida e Ursi, 1990).
- ... Bankson e Byrne (1962); Harrington e Breinholt (1963); Anstendig (1966); Vieira (1986); Wertzner (1990); Altmann (1993); que verificaram elevada incidência de *problemas articulatorios nos fonemas dentoalveolares e os relacionaram com problemas na oclusão dentária e/ou na deglutição*.
- Erlich (1967), ... destacou que há uma grande porcentagem de crianças que apresentam *conjuntamente problemas na deglutição e na fala*.
- Astendig (1966); Hanson e Cohen (1973) estudaram crianças com *deglutição atípica* e constataram que essas *tinham distúrbios de fonarticulação principalmente em fonemas sibilantes*.
- Straub (1960) observou 473 crianças com *deglutição atípica* e concluiu, assim como outros autores (Graber, 1966; Proffit & Mason, 1980), *que esta disfunção além de prejudicar a fala pode determinar todos os tipos de deformações dentofaciais*.

**Extrato:** Alterações morfofuncionais produzem alterações de fala, deglutição e oclusão; deglutição, fala e oclusão estão relacionadas entre si.

A partir da revisão da literatura, observa-se que os autores fazem uma série de correlações entre hábitos alimentares e distúrbios miofuncionais, que podem ser resumidas a ilustradas como segue abaixo.

#### **Alterações atribuídas à falta ou tempo reduzido de amamentação no peito:**

- Crescimento e desenvolvimento da face inadequados
- Má oclusão
- Deficiência na musculatura oral
- Deglutição atípica
- Problemas na fala

- Problemas de mastigação
- Tono inadequado
- Má erupção dentária
- Má mobilidade dos órgãos fono articulatórios
- Má postura dos órgãos fono articulatórios
- Respiração bucal
- Atrasos na linguagem oral
- Problemas emocionais

**Alterações atribuídas ao uso de mamadeira:**

- Crescimento e desenvolvimento da face inadequados
- Má oclusão
- Deficiência na musculatura oral
- Deglutição atípica
- Problemas de mastigação
- Mal posicionamento da língua sendo esta baixa ou protrusa
- Hábitos orais inadequados como sucção de dedo e de chupeta
- Déficit psico emocional

**Alterações atribuídas aos alimentos pastosos:**

- Crescimento e desenvolvimento facial inadequado
- Má oclusão
- Deficiência na musculatura oral
- Deglutição atípica
- Problemas na fala
- Problemas de mastigação
- Flacidez da língua
- Doenças bucais
- Dentes sem desgaste
- Má propriocepção
- Imaturidade do sistema sensório motor oral
- Tono alterado
- Mobilidade alterada

**Alterações atribuídas a uma mastigação não adequada:**

- Crescimento e desenvolvimento facial inadequados
- Má oclusão
- Deficiência na musculatura oral
- Deglutição atípica
- Problemas na fala
- Maus hábitos
- Diminuição no número de dentes
- Menor tamanho nos ossos maxilares
- Lábios abertos

Pode-se observar que, nestes quatro conjuntos de alterações atribuídas à amamentação, mamadeira, alimentos pastosos e mastigação não adequada, o crescimento e desenvolvimento da face, a má oclusão, a deficiência da musculatura oral e a deglutição atípica são as mais comumente citadas. Os problemas na fala aparecem relacionados à amamentação, alimentação pastosa e mastigação insuficiente. Por sua vez, também existem referências indicando que a amamentação, a mamadeira e a ingestão de pastosos interferem na mastigação.

Embora muito presentes, tais hipóteses, como foi anteriormente citado, nem sempre têm como base o resultado de pesquisas que possam, de fato, referendá-las. Observa-se um conjunto de especulações, nem sempre comprováveis, que tendem a se repetir de autor para autor.

Muitos trabalhos são realizados com pacientes que apresentam uma série de alterações as quais são correlacionadas com os possíveis fatores causais. Não é comum encontrar-se estudos comparativos, ou seja, pesquisas nas quais empregam-se sujeitos sem alterações, com o objetivo de verificar se, entre eles, os supostos fatores desencadeantes estariam ou não presentes. Tem sido possível observar empiricamente que, muitas pessoas apresentando os chamados fatores causais não apresentam as alterações que, supostamente deveriam existir. De qualquer modo, estas publicações formam um conjunto de conhecimentos que estão disponíveis para os fonoaudiólogos e que pode estar reforçando sua crença de que a alimentação tem uma forte interferência em uma grande parte dos problemas fonoaudiológicos.

## 2.2. A mídia

Enquanto coletava material para o levantamento bibliográfico e dava andamento nas pesquisas, comecei a observar que a alimentação também era assunto da grande mídia. Juntamente com a antropóloga Mirian Goldenberg, que estava extremamente interessada em meu trabalho, comecei a colecionar matérias de alguns jornais e revistas e até de programas de televisão sobre o assunto alimentação. Este material encontra-se, na íntegra, nos anexos.

É interessante notar como a literatura especializada muitas vezes se contrapõe ao que a mídia, explicita ou implicitamente, nos faz acreditar. Acima de tudo, o mais interessante é que o comportamento da população, em geral, está muito mais próximo daquilo que a mídia apresenta como realidade distanciando-se, muitas vezes, daquilo que afirmam os especialistas no assunto.

**Revista Crescer Ano 4 n.º 38 Janeiro de 1997**

**Título: Sabor da infância**

Pais e pediatras podem protestar, mas o trio lanchinho, fritas e refrigerante se consagrou entre a garotada e já virou complemento indispensável de qualquer programa familiar. ... Mais do que lucro imediato, as redes de fast-food estão olhando para o futuro quando investem fábulas para tornar seus produtos atraentes para a garotada. Um exemplo disso é o China Express: “Criamos os kits em 1995, a fim de familiarizar o paladar infantil com a culinária chinesa. ... A primeira loja de fast-food, Bob’s, surgiu no Rio de Janeiro há 40 anos. Mas foi a partir dos anos 70, com a chegada do McDonald’s e a proliferação de shoppings, que o fast-food explodiu no Brasil e hoje está presente em todo o país. ... Justiça seja feita, embora não se comparem a uma refeição equilibrada, esses lanches têm valor nutritivo e, consumidos de maneira adequada, não representam nenhuma séria ameaça à saúde.... A seguir as dicas sobre como deixar as crianças se deliciarem com os fast-food sem comprometer sua nutrição. Comer uma vez por semana no máximo, em substituição ao almoço ou jantar. ....

**Comentários:**

Como é possível observar por este artigo recheado de tabelas mostrando os valores nutritivos dos kits (ver anexos), fica difícil para uma mãe não permitir que seu filho coma nestas lojas de fast-food. A propaganda chega às casas, pela TV e revistas, e atinge crianças e pais. A propaganda pode vir, algumas vezes, de forma subliminar e outras, de modo absolutamente direto. Isto fica claro quando uma mãe vai a um supermercado com as crianças e tenta comprar alimentos com embalagens desconhecidas. Não consegue colocar estes produtos no carrinho, e nem fazer com que elas os comam. Se lermos com atenção estas palavras da reportagem: *“Justiça seja feita, embora não se comparem a uma refeição equilibrada, esses lanches têm valor nutritivo”*, já saberemos por que a culpa da mãe diminui muito. Ela pode pensar seria sinal de ignorância não permitir que seus filhos comessem estes tipos alimentos que, afinal também são saudáveis.

Na seqüência do texto encontramos a passagem *“...e, consumidos de maneira adequada, não representam nenhuma séria ameaça à saúde”*, cujo teor, como podemos ver, tem por objetivo levar a mãe a se sentir segura para oferecer este tipo de alimento a seus filhos. Como ainda pode haver alguma relutância, vem o grande final: *“A seguir as dicas sobre como deixar as crianças se deliciarem com os fast-food sem comprometer sua nutrição. Comer uma vez por semana no máximo, em substituição ao almoço ou jantar”*. Portanto, a recomendação para os mais resistentes é que, pelo menos uma vez por semana, se “deliciem” com os fast-food. Além do mais, o texto também evidencia que o objetivo dos fornecedores ou fabricantes é o de *“familiarizar o paladar infantil”*. Vemos que não é fácil lutar contra o poder de propagandas como estas. E depois, o fonoaudiólogo não entende por quê suas orientações não são seguidas.

**Folha de São Paulo 5 de fevereiro de 1997**

**Título: Expedição culinária**

O que está por trás do gosto culinário brasileiro? ... A reportagem fará uma tentativa de explicar por que gostamos tanto de carne de sol, vatapá e feijoada, entre outras especialidades da cozinha dita brasileira. ... A reportagem mostra para onde ciclos econômicos como os do café, cana de açúcar e mineração levaram as preferências gastronômicas do brasileiro. .... Há uma explicação do porque os pratos portugueses sofreram transformações na integração com a culinária da ex-colônia. ... Antropólogos famosos como Darcy Ribeiro e Roberto Da Matta, explicam por que a comida de um povo tem tanto a ver com sua cultura....

**Comentários:** Por que se come “isto” e não “aquilo”? Por que se gosta “disto” e não “daquilo”? O que faz com que se considere que carne de vaca é muito melhor do que carne de cabra, por exemplo? Quanto de tradições existe nas formas de comer? Come-se bolo e pão colocando-os diretamente na boca. Por quê não se faz o mesmo com o frango ou com a carne que está no prato? Pegar a carne com os dedos não pode ser mais anti-higiênico do que pegar o bolo (Elias, 1994). Não seria este um hábito institucionalizado? Quanto de fatores econômicos, culturais e políticos interferem nos hábitos alimentares e formas de comer? Hoje é comum comermos em frente da TV.

As orientações fonoaudiológicas tendem a indicar não só os alimentos a serem comidos, mas também a maneira correta de ingeri-los. Quando pergunto para um paciente o que ele come, também quero saber o que sua família come. Os hábitos alimentares do paciente não têm uma existência desvinculada dos padrões alimentares de sua família. Nada é tão isolado como se imagina. Ninguém deixa de comer ou muda seus hábitos alimentares sem uma razão muito forte. Não devemos nos esquecer que os padrões alimentares de uma família têm fortes razões para existir uma vez que, em geral, estão de acordo com os padrões determinados socialmente.

### **O Estado de São Paulo 18 de fevereiro de 1997**

#### **Título: Hábitos alimentares podem ser hereditários**

Se você é do tipo que não suporta brócoli e tem horror a couve saiba que a culpa pode ser dos seus genes .....Segundo a pesquisadora Leda Bartoshuk, da Universidade de Medicina de Yale, parece haver um gene que determina a capacidade de uma pessoa detectar componentes de gosto amargo na comida. Pessoas dotadas da forma dominante do gene são chamadas de super degustadoras e se mostram especialmente sensíveis a alimentos amargos, incluindo muitas frutas e vegetais ricos em antioxidantes. ....Portadores da forma recessiva do gene são chamados de não degustadores. Essas pessoas não percebem os sabores da mesma forma que as super degustadoras. Os degustadores normais conseguem perceber os compostos amargos, mas não reagem a eles de forma tão forte.

**Comentários:** Esta reportagem pode levar os pais a “entenderem” que seus filhos não comem frutas e vegetais porque estão, de alguma forma, geneticamente predestinados. Notícias como estas podem ter o efeito de levar os pais a aceitarem as preferências alimentares das crianças, dentre elas os salgadinhos e congêneres. Temos agora, além das influências culturais, também a ciência, na forma

em que é divulgada através da mídia, influenciando nos padrões alimentares. Falando em tradição e cultura, lembro-me de uma situação, há muito tempo atrás, em que, em uma terapia, ofereci um biscoito para um paciente que se recusou a come-lo porque não sabia de sua origem. Ingenuamente, ocorreu-me mostrar-lhe o pacote. Sua preocupação, porém, era saber se o biscoito era “cashier”. Na época, eu sequer sabia o que era comida “cashier”. Ignorância? Provavelmente sim. Mas este fato me fez rever uma série de ações na terapia. As religiões, a ciência, os costumes, as tradições e o quanto a família tem de dinheiro para gastar com alimentos, devem ser considerados e pesquisados em um processo terapêutico.

### **Revista Cláudia Março 97**

#### **Título: A linguagem da comida**

Mais do que alimento, a comida é uma forma de comunicação entre mãe e filho. Se a hora das refeições vira um momento de luta, quem sai perdendo é a relação. “Seja uma boa mãe. Dê de mamar ao seu filho.” O antigo slogan de uma campanha de amamentação já não aparece na televisão, mas continua perfeito para mostrar uma cilada armada pela sociedade que muitas mulheres, inconscientemente, caem: a de acreditar que boa mãe é a que alimenta o filho. .... A mulher se reafirma no papel de mãe alimentando o filho e, portanto, faz de tudo para que a criança coma. ... Se a criança maiorzinha, não come, apesar dos esforços da mãe, então ela não é uma boa mãe. Tudo isso é inconsciente, mas pode provocar problemas tanto na relação da criança com a comida quanto com a mãe. ... O filho que não come passa a ser o que não faz o que a mãe quer. ... Quem falou que para estar bem alimentada a criança precisa comer um prato cheio ou seis colheres de arroz? A comida deve ser um vínculo de amor e não o contrário.

**Comentários:** Alimentar, evidentemente, é mais do que simplesmente nutrir. Problemas emocionais ou orgânicos podem estar envolvidos nesta ação. Muitas vezes o fonoaudiólogo julga que seu paciente não come porque não foi treinado ou não foi exposto a determinados tipos de alimentos. Quando o problema de recusa de certos alimentos é de origem orgânica, em geral, é mais fácil de ser detectado. Os problemas de ordem emocional são mais difíceis e podem passar por chatice do paciente ou de sua família. A situação familiar pode ter levado a situações nas quais não existe prazer em se alimentar. Não são treinos de alimentação que irão reverter a situação. Porém, há que se tomar

cuidado com uma certa tendência, às vezes exagerada, de se considerar aquilo que não é muito bem compreendido, como se fosse problema emocional. Reportagens como esta podem estar reforçando tal tipo de conduta. Não se pode tomar tudo como emocional. Os problemas orgânicos devem ser pesquisados. Não comer adequadamente, pode ter origem emocional, orgânica ou social: todas as vertentes devem ser observadas.

**Folha de São Paulo 4 de maio de 1997**

**Título: Vida agitada prejudica paladar infantil**

...Quadros alérgicos provocam problemas respiratórios dificultando a sensação de gosto segundo otorrino. ... A dificuldade crônica de algumas crianças para sentir gostos mais sutis pode ser um dos fatores que explica a preferência por comidas do tipo fast-food, que têm, em geral um sabor mais forte. ... Uma pediatra afirma que o apelo visual e a propaganda são os elementos que mais influenciam a adoração das crianças por este tipo de comida, fazendo com que as crianças prefiram o fast-food à alimentação tradicional....

A vida moderna, a correria das grandes cidades, leva muitas famílias a não cumprirem o ritual das refeições conjuntas durante o dia, e a escolherem uma alimentação mais líquida e pastosa, ingerida rapidamente. Com isso, a criança perde a oportunidade de saborear a comida com mais calma e prejudica o hábito de comer alimentos sólido, fundamentais, para um processo de mastigação adequado. ... Por isso que o fast-food ao oferecer alimentos mais fáceis de serem ingeridos ganha espaço. Criança prefere alimento mole trocando sem pensar, um bom prato de salada por um pedaço de pizza ou um hambúrguer.... Os especialistas não sabem o que acontece. O corre-corre das grandes cidades, o apelo visual dos fast-food e o hábito de comer alimentos mais “moles” e pouco mastigáveis podem ser algumas das explicações. ...As hortaliças hoje em dia não tem ibope com os pequenos.... A criança não come o que não reconhece no seu repertório alimentar.... É importante que a criança participe do processo de elaboração de um novo alimento para reconhecê-lo....

Setor de alimentos cria geração sabor pizza.... Uma empresa alimentícia britânica lançou, na semana passada, cenoura com sabor de chocolate, couve-flor com sabor de queijo e milho com sabor de pizza. Esta foi a iniciativa de um Instituto de combate ao câncer, com a intenção de convencer as crianças a comer mais vegetais....

Garoto de 6 anos prefere frango a sanduíches. Milho, arroz e frango é a comida predileta, e de certa forma inusitada, de Felipe de 6 anos. Ele diz que ninguém gosta das comidas que ele gosta, e que não agüenta mais ficar falando para os outros que ele gosta de saladas e de frutas.

**Comentários:** Por esta reportagem, pode-se observar que há afirmações de médicos, comerciantes, e até de empresas alimentícias, apontando que a criança moderna não come alimentos sólidos como antigamente. Procura-se explicações para este fato. Quadros alérgicos que dificultam sentir o gosto, comida de fast-food tem mais gosto, visual mais bonito, a propaganda é intensa, a vida moderna é corrida, a falta de variedade leva a criança a não reconhecer novos alimentos, há uma forte propaganda considerando os produtos como gostosos e saudáveis. O texto passa-nos sensações do tipo: “É, não tem jeito mesmo”; “Por mais que eu tente não vai dar certo”; “Ainda bem que isto é geral, não são só os meus filhos”. Podemos observar que o texto apresenta duas mensagens levando a um mesmo ponto: uma delas é que a comida dos dias de hoje, por um motivo ou outro, mudou. E a segunda é em relação ao garoto que come alimentos sólidos e não comida de fast-food. Quem assim age passa a ser o diferente. Tão diferente que merece virar notícia. Mas este não é o caso da grande maioria. Por quê ter um filho que seria diferente? Por quê ele não pode comer como todo mundo come? Por quê não dar umas escapadinhas ao fast-food? Isso é o que todos fazem. Afinal, é tão prático.

O fonoaudiólogo, por sua vez, deveria ver neste texto um testemunho de que o mundo mudou. Existe de fato, como a reportagem aponta, uma tendência de utilização cada vez mais generalizada de alimentos pastosos. Isto pode significar que o paciente, habituado a tal tipo de alimentação não pode ser visto como alguém que precisa se “adaptar” a uma alimentação adequada porque, por bem ou por mal, seu padrão já pode ser aquele que está sendo considerado adequado, ou melhor, adaptado, ao momento atual. Não fica difícil compreender porque as orientações para mudanças de hábitos alimentares não são seguidas. O que mais se consegue com estas orientações é culpabilizar os pais. Pelo menos momentaneamente, até a próxima reportagem, que irá mostrar o quanto é moderno e conveniente a alimentação do tipo pastosa.

**Revista Pais e Filhos N.º 345 Julho 1997**

**Título: Sua família se alimenta bem?**

Parece impossível ir além do bife (ou do hambúrguer) com batata frita. ... Quando ele devora em alguns segundos um prato que você preparou, dá o maior orgulho, não é mesmo? Bem, afinal, desde que o mundo é mundo, cabe à mãe a delicada função de alimentar seus filhos.

Para saber em que categoria de mãe alimentadora você se enquadra, faça o nosso teste.

**Comentários:** Já na primeira frase observa-se que bife e o hambúrguer ocupam o mesmo espaço, ou seja tanto faz comer um ou o outro. Comer carne hoje em dia é muito mais fácil. Compra-se carne e já se solicita ao açougueiro que a passe em uma máquina para ficar mais mole. Já tive a oportunidade de observar, no açougue, clientes que pedem para que a carne seja passada na máquina que serve para amolece-la, por duas vezes. Não é de duvidar que estas pessoas ainda cheguem em casa e amaciem esta carne com o martelo de cozinha. Muitas vezes, após a carne estar cozida ou frita, ainda é cortada em pequenos pedaços, para facilitar a mastigação. Ninguém acha “elegante”, ou confortável, ficar mastigando muito tempo a carne ou outro alimento duro qualquer.

O texto ainda aponta que é papel da mãe alimentar direito seus filhos. Até mesmo um teste é proposto para que a mãe possa verificar se é uma boa provedora. Há sempre um ar de culpa nas mães cujos filhos não comem direito. Para exemplificar, relato o caso de uma família que me procurou. A mãe, de 36 anos, contou-me que seu filho de 3 anos não estava comendo direito: não mastigava, só comia alimentos pastosos ou líquidos e, quando acabava ingerindo pedaços de maior consistência misturados no meio da comida, tendia a vomitar ou engasgar. A criança comia muito devagar, requerendo a presença da mãe, por no mínimo uma hora, para lhe administrar a refeição. A mãe não só dava na boca, pois ele não sabia pegar a colher sozinho, como, para que ele comesse um prato inteiro de comida, armava um verdadeiro circo. Uma série de atividades eram propostas para que a criança se distraísse e comesse. A criança já havia passado por médico e psicólogo. A mãe já havia pedido conselhos para parentes, amigas com filhos da mesma idade e para a coordenadora da escola em que a criança estudava. Acabou sendo encaminhada para um fonoaudiólogo uma vez que nos exames médicos não se encontrou nada.

O sentimento de culpa da mãe por suspeitar que a causa fosse a forma como ela havia conduzido a alimentação de seu filho era bastante grande. É difícil ser mãe em uma sociedade na qual as mulheres têm que representar determinados papéis e são as principais (se não as únicas) responsáveis pelos cuidados de seus filhos. Imaginem esta mãe lendo a reportagem acima: “Cabe à mãe a delicada função de alimentar seus filhos”. Ela bem que tentava, talvez não da melhor forma.

Naquele momento queria apenas se ver livre do problema buscando ajuda em vários lugares, esperando que alguém lhe dissesse: “Você não é a responsável por isto.”

**Revista Crescer - Ano 4, n.º 45, Agosto 97**

**Título: Devagar com essa festa**

... Os hábitos mudaram na maioria dos lares brasileiros. Para cerca de 50 milhões de crianças entre 0 e 14 anos, mais ou menos o tamanho do mercado do consumo infantil no Brasil, praticamente todo dia é dia de festa. Entre outras, festa do salgadinho que tem figurinha, do chocolate com surpresas, ou do iogurte que já valeu um relógio. Festa também permanente dos fabricantes de produtos infantis que não poupam esforços em promoções estratégicas para conquistar novos consumidores... Empresas dobram as vendas quando fazem promoções dando qualquer coisa, como figurinhas por exemplo. Para as mães é uma batalha sem fim. As crianças devoram salgadinhos principalmente nas épocas de promoção. Quando não é a mãe que compra é o avô... As mães procuram evitar o consumo mas, trabalhando fora o dia todo fica difícil... Segundo os pediatras as mães devem evitar ao máximo o consumo de salgadinhos, doces e refrigerantes. Está em jogo a saúde da criança. São alimentos sem valor nutricional e com alto teor de gordura e sal. As conseqüências já estão aparecendo nos consultórios e ambulatórios pediátricos. Crianças com obesidade, hipertensão, arteriosclerose precoce, colesterol alto, fortes candidatas a um enfarto aos 30 anos de idade. Estes problemas estão relacionados aos hábitos de vida atual. Pais e filhos vivem correndo cheios de atividades. As crianças comem sanduíche no almoço, porque é mais cômodo e rápido, e as guloseimas que estão no lanche da escola, se repetem no segundo lanche do dia pela mesma razão. .... Uma pesquisa da Consumers International, organização que reúne as entidades internacionais de defesa do consumidor mostra que há muita propaganda dirigida a crianças, veiculada principalmente nos intervalos de programas infantis na tevê. A pesquisa foi realizada em 13 países desenvolvidos e apurou que a publicidade de itens saudáveis, como frutas e verduras, inexistente e que os comerciais de alimentos com alto teor de gordura, açúcar e sal respondem por mais de 50% de toda publicidade de alimentos. A pesquisa, constata também, que a mídia, em especial a tevê, exerce mais influência na escolha dos alimentos do que a própria família.... Na Europa, um em cada quatro jovens está acima do peso ideal. Na

Austrália, metade da população infantil tem colesterol alto. Na Grã-Bretanha, 75% das crianças apresentam nível de gordura no sangue acima do normal. ... É preciso que os pais valorizem no cardápio diário ingredientes mais naturais e nutritivos, conversando com seus filhos sobre os benefícios desta alimentação. Se os pais fizerem isto todo dia os salgadinhos e toda as bobagens gostosas da infância se tornam apenas uma eventualidade.

**Comentários:** A influência da mídia fica nítida neste artigo. Fica muito clara a dificuldade dos pais que, além de trabalharem, têm que resolver o problema da alimentação, indo contra tudo o que está vinte e quatro horas por dia na frente da criança. Como proibir estes produtos quando estão expostos por todos os lados, inclusive nas cantinas das escolas? O artigo mostra quantos estão envolvidos na venda do produto, quanto se gasta e se investe para vender mais. Mostra também que este não é um problema só dos brasileiros e finaliza levantando a bandeira de que os pais devem resolver o problema conversando com seus filhos. Será que isto é possível? Vão ficando claras as razões pelas quais não é tão simples mudar a alimentação dos pacientes. Não é à toa que os pais esperam que os terapeutas consigam fazer aquilo que eles não conseguem, muitas vezes sentindo-se culpados por não administrarem uma alimentação mais saudável para seus filhos.

**Jornal de Perdizes - 4 a 10 de outubro de 1997**

**Título: Amamentação mantém a boa respiração do bebê**

O bebê que suga do peito da mãe mantém os lábios vedados, adquire a postura correta da língua, desenvolve corretas funções do aparelho estomatognático e estabelece o padrão correto de respiração, explica a odontopediatra... Através da amamentação a criança desenvolve os músculos da bochecha, língua e pescoço, por exemplo.

**Comentários:** Acredita-se fortemente que a amamentação no peito é essencial para a boa saúde geral. Neste caso específico, observa-se que a profissional afirma que a amamentação leva à respiração nasal e ao fortalecimento e correto posicionamento dos músculos da face.

Observando os resultados da pesquisa realizada com os pais e crianças consideradas normais, e que faz parte desta tese, observamos que 90,2% das crianças entrevistadas mamaram no peito. Em média, 30% delas mamaram até os três meses de vida, outros 30% até os 6 meses, e mais 30% até um ano de idade.

Interessante é comparar estes dados com a resposta obtida na pergunta de número 17, feita aos pais. Foi possível constatar que, apesar destas crianças terem mamado no peito, apenas metade delas, 52,8%, mantém os lábios fechados. Isto pode ser confirmado não só pela resposta dos pais mas também pelo exame que o fonoaudiólogo entrevistador realizou. Neste exame verificou-se que apenas 49,6% das crianças estavam de boca fechada durante a avaliação.

O que faz com que os lábios de uma pessoa fiquem abertos? Problemas respiratórios, má oclusão, tono diminuído, alimentação pastosa, não amamentação no peito, outras razões não descritas, ou uma interação destes fatores? O que levanto aqui é que a amamentação no peito acaba sendo um fator bastante citado e considerado como extremamente importante para que ocorra o vedamento labial. Será mesmo tão forte esta relação? Pelos dados encontrados neste trabalho, isto não se confirma: 90% das crianças mamaram no peito e apenas 50% delas mantém os lábios fechados. Mas a reportagem deixaria a mãe que não amamentou, e que tem seu filho apresentando uma postura de boca aberta, culpada. E o fonoaudiólogo que lesse, também pensaria o mesmo. A causa da boca ficar aberta é porque a mãe não amamentou.

#### **O Estado de São Paulo - 10 de abril de 1998**

##### **Título: Garoto inglês vive há 11 anos comendo patê vegetariano**

O garoto parece saudável e pratica esportes, deixando nutricionistas espantados. Os nutricionistas estão admirados com a sobrevivência de um garoto de 11 anos que ao longo de toda a vida se alimentou de sanduíches de marmite, um tipo de patê vegetariano, que não contém nenhuma gordura ou açúcar. O garoto recusa-se a comer carne, peixe, frutas, legumes e cereais..... Além de leite e suco de laranja, de vez em quando, o garoto, come barras de chocolate, queijo fresco, nozes e uvas passas. Uma cientista da Fundação Britânica de Nutrição, disse estar surpresa com a capacidade de sobrevivência do garoto com essa dieta, sem que tenha desenvolvido algum problema de saúde. Essa base de alimentação é pobre em proteínas e fibras. Nessa idade, a energia e as exigências nutricionais dele são muito altas. ... A mãe dele, conta que ele nunca gostou de comida sólida.

**Comentários:** Este artigo mostra como se acredita que apenas determinados tipos de alimentos devam ser ingeridos para que se tenha saúde. Parece-me, ainda, que o desconhecimento sobre o assunto alimentação é grande. Chama a atenção todos estarem admirados pelo fato do menino comer

só determinado tipo de alimento e, mesmo assim, ser saudável. A reportagem também faz crer que não devemos nos preocupar com quem come comidas estranhas. Enfim, o texto mostra-nos a história de mais uma criança que, mesmo praticamente não comendo alimentos sólidos, nem por isto deixa de ter saúde. Volto ainda a perguntar. Serão poucos os que não comem alimentos sólidos? Ou, quantos comem alimentos quase pastosos? De fato, a face do homem no decorrer dos anos mudou, e a alimentação teve seu papel. Ou seja, as mudanças quanto ao tipo de alimento e às formas de prepará-los exerce uma grande influência sobre as características faciais. A isto chamamos de evolução e a ela damos até mesmo um forte valor positivo. Podemos dizer que a espécie humana ficou muito mais bonita com a face que tem hoje, que nossos antepassados eram horríveis, verdadeiros trogloditas. Poderíamos até mesmo dizer, na intimidade, que foi muito bom as comidas terem se tornado mais moles. O problema é que estas mudanças quanto à alimentação continuam, por uma série de razões e, como a história tem-nos mostrado, também continuarão a influenciar no desenvolvimento facial e oclusal. Curiosamente, a esta tendência agora estamos atribuindo um valor negativo, como se a face humana tivesse atingido um padrão ideal e que nunca mais deve ser mudado. Isto não é apologia da comida mais mole. Não estou defendendo nada. Somente aponto o que é a realidade. E, voltando à nossa questão, se assim caminha a humanidade, como podemos repensar nossas orientações alimentares?

**Globo Repórter – 03/04/1998**

**Título: Regime para Emagrecer**

Nutricionistas receitam dieta incluindo sanduíche.

O sanduíche é associado à pressa e ao lazer (quando passeia). O errado é quando as pessoas comem sanduíche rico em gorduras, com poucas fibras e sem vitaminas e minerais. As nutricionistas indicam que seja feito com vegetais, frutas. Não pode ser qualquer sanduíche, nem só sanduíche.

As crianças estão comendo sanduíches com gorduras, salgadinhos, chocolates, batatas fritas, refrigerantes, aliás, este é o alimento preferido pelas crianças e adolescentes. Perigo: médicos falam que está existindo uma epidemia de obesidade em crianças. Endocrinologista de São Paulo, Alfredo Halpern diz que: A comida do brasileiro era muito boa: arroz, feijão, carne,

salada. Era ideal, rica em carboidratos, sem muita gordura e ideal também do ponto de vista de não haver problemas com o colesterol.

Na entrevista feita com as crianças elas disseram que odeiam salada, não comem, dá soluço, e dá “nervos”.

Nas cantinas das escolas está cheio de sanduíches, chocolates, refrigerantes e salgadinhos.

**Comentários:** Bem, se um programa como este passa na Globo, que é uma emissora de grande repercussão, já poderemos imaginar o que vai haver em seguida. Quem assistiu deve ter pensado: “Que bom que os nutricionistas estão dizendo que comer sanduíche não é tão ruim pois, por falta de tempo, vivo comendo.”; “Ainda bem que não vou ficar mais culpada, afinal uma pessoa especialista está dizendo que tudo bem comer sanduíches.” ou “Tá vendo, não sou só eu!”. E assim por diante. Em seguida, o programa dá um panorama do que a criança come nos dias de hoje. Até mesmo faz algumas entrevistas com elas para mostrar suas preferências alimentares: salgadinhos são adorados, enquanto que as verduras são detestadas. Este tipo de programa produz dois efeitos: o primeiro é o de assustar, quando adverte que está existindo uma epidemia de crianças gordas ou, que antes é que era bom, pois a comida era saudável e agora não é mais. Mas o segundo efeito, que é o que acaba ficando, adquire um certo tom de conformismo: “Não sou só eu que como estas coisas.” ou “Não tem jeito mesmo”. Para nós fonoaudiólogos, esta reportagem dá uma boa mostra de como estão se configurando novos padrões de alimentação.

### 2.3. A resposta

No início deste capítulo foi feita uma pergunta: Qual a razão da obsessão fonoaudiológica pela alimentação? Com o objetivo de buscar uma compreensão mais aprofundada foram levantadas algumas direções possíveis para as respostas. Comparando os trabalhos publicados acerca da alimentação veremos que existem contradições, que não há um consenso a respeito de causas e de efeitos. Mais especificamente, não está claro qual o papel que a alimentação realmente desempenha no crescimento crânio facial, ou mesmo nas funções orais; quais as relações precisas entre o uso da mamadeira e as alterações na oclusão; como que os problemas de oclusão interferem na fala; se os alimentos pastosos interferem de modo significativo na oclusão, de que modo tal interferência pode estar ocorrendo e assim por diante. Não devemos nos esquecer que as características genéticas

podem ter uma grande influência nestes problemas, principalmente quando se fazem acompanhar de fatores como estes citados. Procurar uma única causa parece não ter sido uma solução eficiente ou confiável. Provavelmente deve existir uma interdependência entre um conjunto de fatores, alguns atribuíveis à genética e outros a condições ambientais que, quando atuam de forma simultânea, podem provocar os problemas aqui apresentados.

E o que dizer do papel da mídia? Parece impossível ficar indiferente a tudo o que nos é apresentado. Difícil afirmar que não somos influenciados pela propaganda maciça em jornais, revistas, painéis de rua, rádio e televisão. Ou mesmo pela propaganda que, indiretamente, nos chega na forma de uma informação de cunho científico. A mídia determina, entre muitas coisas, aquilo que devemos vestir, o que devemos ler, a música que devemos ouvir, o que devemos ver e, até mesmo, o que devemos comer. Em nossa cultura, quem estabelece normas de comportamento não são fonoaudiólogos, pediatras, psicólogos ou outros especialistas, por mais saudáveis ou melhores que elas possam ser. O poder econômico e os interesses comerciais tendem a prevalecer sobre qualquer recomendação profissional, incluindo a forma de se alimentar. Todos nos lembramos de uma frase poderosa da Nestlé que, contrariando tudo o que sabemos a respeito de uma boa alimentação, conseguiu fazer crer que “Um danoninho vale por um bifinho”.

Desejo finalizar este capítulo apontando que o fonoaudiólogo, em seu fazer profissional, gerou práticas. Algumas destas práticas têm-se mostrado eficazes, outras nem tanto. Até mesmo de forma curiosa, certas práticas, apesar da ineficácia, tendem a se manter no tempo como se eliminá-las ou modificá-las fosse ferir as regras de um jogo. Um jogo que parece não levar a lugar algum porque seu resultado não apresenta vencedores.

Na prática que abordamos neste trabalho, perde a família, que pode não estar sendo capaz de cumprir as orientações a respeito da alimentação e perde o fonoaudiólogo, que não teve êxito em seu esforço. Porém, este jogo, questionável em sua essência, pode estar sendo modificado na medida em que passarmos a refletir sobre tais práticas, procurando compreendê-las como uma abertura para novos caminhos.

### 3. As Pesquisas

#### 3.1. A pesquisa realizada com os pais e as crianças

O objetivo desta pesquisa é compreender como são os hábitos alimentares das crianças que são consideradas normais estando portanto, fora das clínicas fonoaudiológicas ou ortodônticas.

Era minha convicção, mesmo antes do início deste trabalho, que o fato dos pacientes ingerirem muitos alimentos pastosos, ou não comerem alimentos de consistência sólida com frequência, não era a causa dos problemas miofuncionais sistematicamente encontrados na clínica. Acreditava, também, que a alimentação poderia ser um fator coadjuvante nos problemas miofuncionais, interferindo, em conjunto com outras causas, para que o quadro se tornasse mais agravado. No entanto, a alimentação não me parecia ser a causa principal dos problemas miofuncionais. A razão para estar segura quanto a este fato vinha das minhas observações de crianças e adultos considerados “normais”, que não eram pacientes de fonoaudiólogos. Estas pessoas também não comem alimentos de consistência dura, e isto, isoladamente, não parece lhes trazer alterações. Partindo deste ponto, realizei a primeira pesquisa que teve como objetivo saber se aqueles indivíduos “normais”, que não são pacientes de clínicas fonoaudiológicas, comem alimentos diferentes daqueles ingeridos pelos nossos pacientes.

Para tanto, durante o segundo semestre de 1995, elaborei um questionário de 22 perguntas para ser respondido por pais, acompanhado de um exame na área de motricidade oral constando de 5 provas, para ser aplicado em seus filhos. O questionário e exame encontram-se como documento integrante dos Anexos.

O objetivo deste questionário era conhecer melhor os hábitos, alimentares e orais, em crianças consideradas normais, o que permite relacionar estes hábitos com os de crianças que estão em consultórios fonoaudiológicos. A partir do questionário também poderia conhecer melhor os hábitos alimentares dos sujeitos pesquisados, e isto me pareceu importante uma vez que os fonoaudiólogos orientam seus pacientes a comerem alimentos consistentes. Será que as pessoas consideradas “normais” comem mais alimentos consistentes do que aqueles que são nossos pacientes? Se o padrão

de alimentação é o mesmo, eu poderia compreender, por exemplo, por que razão pais e pacientes têm dificuldades para seguir as orientações dadas em clínica sobre alimentação. Poderíamos pensar, por exemplo, que uma criança já é considerada diferente quando fala errado. Se o fonoaudiólogo, solicita que ela coma alimentos que não são usualmente utilizados pelo seu grupo, as diferenças se acentuam. Além de falar errado, ainda tem que comer, o que os outros não comem. Desta forma, aqui temos esboçado mais uma boa razão para este tipo de orientação não ser seguido.

Os questionários foram aplicados por fonoaudiólogos orientados e treinados por mim e pela fonoaudióloga e antropóloga Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mirian Goldenberg, professora de metodologia científica. Estes fonoaudiólogos, encarregados da aplicação do questionário e do respectivo exame, eram alunos do curso de Especialização em Motricidade Oral do CEFAC (Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica).

### **3.1.a. O grupo pesquisado**

Os questionários e seus respectivos exames foram aplicados em sujeitos da cidade de São Paulo, no primeiro semestre de 1996, tendo estes questionários e exames sido gravados em fita cassete. As crianças foram escolhidas pelos fonoaudiólogos por serem consideradas normais, nos aspectos que interessam a este trabalho, por seus pais e professores. Os critérios para fazer parte da pesquisa foram os seguintes: crianças que não tivessem queixas de problemas fonoaudiológicos; não estivessem fazendo, ou já tivessem realizado, tratamento fonoaudiológico ou ortodôntico de qualquer natureza; não fossem portadoras de deficiências motoras, intelectuais e/ou síndromes conhecidas; não fossem parentes, em primeiro grau, do entrevistador; não fossem adotadas, ou vivessem em orfanatos ou creches. Minha pretensão era a de conhecer os hábitos de uma população considerada normal, apresentando padrões comuns de alimentação.

Os fonoaudiólogos que aplicaram o questionário foram orientados a ouvirem a fita cassete e conferirem seus questionários e exames, antes de entregarem o material. Cada fonoaudiólogo foi orientado a fazer 8 pesquisas, sendo 4 com crianças do sexo masculino e 4 do sexo feminino. Optei por pesquisar um grupo no qual poderia verificar possíveis diferenças entre os sexos. Como em uma análise preliminar pude observar que não havia diferenças significativas entre os sexos em relação ao

que comiam, ao quadro fonêmico e aos problemas oclusais, não computei esta variável na análise final.

A escolha das crianças examinadas obedeceu, também, a um critério de idade. Decidi trabalhar com a faixa etária de 4 anos e 7 meses a 7 anos por duas razões: a primeira, e mais importante, é que esta é a faixa etária de maior incidência nos consultórios fonoaudiológicos; a segunda, porque, segundo Lamprecht, (1993); Silverio et al., (1992); Wertzner (1992); Yavas (1988) e Santini (1995), os últimos sons do português a serem adquiridos estão em torno de 4 anos e 6 meses como média. Como queria trabalhar com crianças consideradas normais, seria importante que elas não apresentassem trocas na fala para que não houvessem dúvidas quanto a este aspecto. A grande demanda de pacientes em consultórios ocorre por queixas ligadas a alterações de fala, e, mais comumente, por alterações miofuncionais ligadas à oclusão dentária alterada. Estas alterações oclusais podem levar a alterações de tono ou de mobilidade dos órgãos fono articulatórios e, conseqüentemente, a alterações das funções neurovegetativas, como por exemplo a mastigação e a deglutição (Rodrigues et al , 1998; Tomé et al, 1998)

O intervalo escolhido, de 4 anos e 7 meses a 7 anos, corresponde àquele no qual ocorrem as primeiras trocas dentárias, havendo a erupção dos quatro primeiros molares definitivos e um aumento do espaço vertical intraoral. Neste período, tem-se, também, o primeiro surto de crescimento crânio facial e possíveis mudanças na oclusão dentária (Enlow, 1982). A língua, por sua vez, tem uma acomodação melhor no espaço intraoral e o selamento labial já é esperado. Portanto, basicamente, a escolha da faixa etária obedeceu a dois critérios: o de aquisição do sistema fonêmico e o de trocas dentárias (dentição decidua para a mista), com investigação da oclusão. Deve ser enfatizado que, a alimentação não consistente, levando a uma falta de mastigação, é apontada como causadora de problemas de oclusão (Van Der Lann, 1995) e até mesmo como interferente no crescimento crânio facial (Planas, 1988).

Para observar estas mudanças de forma gradual, o período integral, de 4 anos e 7 meses a 7 anos, foi dividido em quatro faixas menores com intervalos de seis em seis meses, pois a experiência clínica mostra que este é intervalo propício para se verificar mudanças significativas em termos de trocas dentárias e de mudanças na oclusão. As faixas etárias determinadas foram as seguintes: grupo I - de 4 anos e 7 meses a 5 anos; grupo II - de 5 anos e 1 mês a 5 anos e 6 meses; - grupo III de 5 anos e 7 meses a 6 anos; e grupo IV- de 6 anos e 1 mês a 7 anos. Cada fonoaudiólogo foi orientado para

entrevistar 8 crianças, sendo duas crianças de cada grupo etário, uma de cada sexo. Foi selecionado o mesmo número de crianças em cada faixa para facilitar uma possível análise estatística.

Foram entrevistadas 697 famílias, sendo que 86 fonoaudiólogos fizeram 8 entrevistas cada um, conforme o solicitado, e 1 fonoaudiólogo realizou 9.

Como a entrevista e o exame foram gravados em fita cassete, após a aplicação da pesquisa o material foi checado pela fonoaudióloga Márcia Regina da Silva, que leu os questionários e os exames, confrontando-os com as fitas cassetes. Quando algum dado não havia sido anotado corretamente, a fonoaudióloga fazia as devidas correções. O trabalho, nesta fase de verificação, durou quatro meses e foi realizado no segundo semestre de 1996.

Após o material ter sido conferido, foi analisado por mim e por mais três fonoaudiólogas: Déborah Rolim, Adriana Rahal e Márcia Regina da Silva sendo, posteriormente, separado em quatro grupos.

Dentre as 697 crianças pesquisadas encontrou-se 540 (77,5%) com o sistema fonêmico totalmente adquirido enquanto que 157 (22,5%) apresentavam alguma alteração de omissão ou trocas fonêmicas, ou ainda estavam em fase de estabilização do quadro fonêmico. Deste grupo de 697 crianças foram encontradas 327 (46,9%) com a oclusão considerada normal pelos fonoaudiólogos e 370 (53,1%) com alguma alteração de oclusão. O critério de oclusão normal empregado nesta pesquisa é o de Angle descrito em Ferreira (1996).

Se fosse analisar o grupo como um todo, poderia observar que 629 (90,2%) crianças haviam sido alimentadas no peito, sendo que, em média, 30% destas até os 3 meses, outras 27% até os 6 meses e 27% até os 12 meses; 486 crianças (69,7%) usaram chupeta, sendo que 345 delas (71% deste grupo de 486) usou por mais de 25 meses; 65 crianças (9,3%) sugaram dedo sendo que 54 delas (83% das 65 crianças) o fizeram por mais de 25 meses e, por último, tem-se que 659 crianças (94,5%) usaram mamadeira, sendo que 531 delas (80,6% deste grupo de 659) usaram mamadeira por mais de dois anos. Em relação à alimentação, 169 crianças (24,2%) receberam alimentos pastosos via mamadeira, sendo que 52,3% das mães, portanto mais da metade, admitiu que até os dois anos de idade a alimentação de seus filhos havia sido, preferencialmente, líquida ou pastosa.

A literatura voltada para o estudo do crescimento crânio facial tende a afirmar que a mastigação ineficiente é interferente em tal crescimento (Moss, 1962; Van der Linden, 1990; Enlow, 1993; Moyers, 1991). Neste sentido, os dois primeiros anos de vida da criança, em relação a

hábitos e alimentação, seriam extremamente importantes para o desenvolvimento crânio facial, principalmente no que diz respeito à amamentação e aos hábitos orais inadequados (Van Der Laan, 1995; Planas, 1988). Observando-se estes primeiros dados do grupo total com bastante atenção, pode-se supor, pelos valores encontrados, que estas crianças deveriam ser portadoras de alterações no seu desenvolvimento e crescimento com prováveis alterações das funções orais. Porém, estas são crianças consideradas como normais por pais e professores sendo que, do ponto de vista da avaliação fonoaudiológica, apenas parte delas ainda não havia adquirido totalmente o sistema fonêmico, estando instáveis grupos consonantais e algumas sibilantes. Lembramos aqui que, a idade média para aquisição do sistema fonêmico é de 4 anos e seis meses. Porém, uma série de autores considera como normalidade o domínio de grupos consonantais e fonemas sibilantes a idade de 6 anos (Santini, 1995). Por outro lado, podemos observar que mais da metade apresenta alterações oclusais o que leva a crer que a presença de hábitos inadequados e certos padrões de alimentação, de forma isolada ou atuando conjuntamente, podem interferir sobre a oclusão.

Só quero lembrar, no entanto, que esta forma menos consistente de alimentação apresenta-se como a norma para este grupo uma vez que é maior que 50%. Interessante notar ainda que, no momento da pesquisa (as crianças estavam com a idade entre 4 anos e 7 meses a 7 anos), 90,2% das mães afirmaram que a alimentação de seus filhos era preferencialmente sólida. Porém, analisando as questões seguintes, nas quais investigou-se o que exatamente as crianças comem, observou-se que 53,4% do grupo come pouca carne; 52,4% pouca verdura e 56,7% pouco legume, contrastando com uma maior presença de frutas (62,8%) e de leite (61,7%) em suas refeições. Devemos então perguntar o que é considerado como sólido para as mães e mesmo para os fonoaudiólogos que trabalham com esta questão. Em geral, pelo fato de ser servida no prato, a comida tende a ser considerada como sólida, não importando se a criança está comendo um suculento bife ou um purê de batata. O esforço mastigatório será, no entanto, bastante diferente para os dois tipos de alimentos citados. Estes fatos e números encontrados mostram que não há grandes diferenças no que é encontrado nas anamneses e exames clínicos de uma maneira geral.

Apesar de não terem queixas familiares ou escolares, foi possível constatar que 22,5% das crianças ainda não tinham adquirido totalmente o quadro fonêmico e 53,1% apresentavam problemas de oclusão. Sendo assim, considere-se que seria mais conveniente, para a análise, separar o grupo total em grupos de crianças classificadas como normais pelos fonoaudiólogos, das outras portadoras de

alterações fonêmicas ou oclusais. Só desta maneira poderia ter um grupo considerado totalmente normal, de acordo com a avaliação fonoaudiológica, podendo sua alimentação ser comparada com a os grupos considerados patológicos. Esta foi a razão porque o grupo total de 697 crianças foi dividido em quatro grupos menores.

O primeiro grupo recebeu o nome de GRUPO A, com 264 crianças. Neste grupo foram colocadas as crianças que, no exame, não apresentaram alterações de oclusão e que já tinham adquirido totalmente o sistema fonêmico, não sendo encontradas trocas ou omissões de sons. Este grupo é normal sob os pontos de vista de oclusão e aquisição do sistema fonêmico. Esperava-se, de acordo com a teoria, que este grupo, em relação aos outros, tivesse a alimentação mais consistente, além de menor uso de mamadeira, chupeta, e sucção de dedos.

O segundo grupo, recebeu o nome de GRUPO B, e constou de 63 crianças. Neste grupo foram colocadas as crianças que, no exame, não apresentaram alterações de oclusão, mas que apresentaram trocas ou omissões de sons da fala, ou já haviam adquirido o quadro fonêmico mas, este ainda não estava totalmente automatizado, não atingindo, desta forma, o sistema fonêmico esperado para a faixa etária.

O terceiro grupo, recebeu o nome de GRUPO C, constando de 276 crianças. Neste grupo foram colocadas as crianças que, no exame, apresentaram qualquer alteração de oclusão e que já tinham adquirido e automatizado totalmente o sistema fonêmico.

O quarto grupo, recebeu o nome de GRUPO D, e constou de 94 crianças. Neste grupo foram colocadas as crianças que, no exame, apresentaram qualquer alteração de oclusão, e também, trocas ou omissões de sons da fala, ou já haviam adquirido o quadro fonêmico mas, este ainda não estava totalmente automatizado, não caracterizando, desta forma, o sistema fonêmico previsto para a faixa etária.

Desta forma, o GRUPO A caracteriza-se como totalmente normal para o aspecto oclusão e para o aspecto fala. O GRUPO D, inversamente, caracteriza-se como alterado para os aspectos de oclusão e aquisição de fala. Assim sendo, esperava-se, na análise final, encontrar diferenças significativas, principalmente entre os grupos A e D, o primeiro totalmente normal e o segundo totalmente alterado para os aspectos estudados.

### 3.1.b. A análise

Optei por trabalhar com a análise de cada pergunta, separadamente, sempre utilizando duas tabelas. Uma contendo o número total de crianças pesquisadas e a outra contendo os quatro grupos caracterizados anteriormente (A, B, C, e D). Desta forma, tornou-se possível comparar, quando necessário, os valores totais com cada um dos quatro grupos, assim como os quatro grupos entre si. O mesmo procedimento foi empregado para as 22 questões do questionário e para as 5 provas utilizadas no exame.

Além da análise qualitativa, foi realizada a análise estatística pelo estatístico Marcos Maeda.

#### Análise Estatística

A ordem de análise das informações será a mesma estabelecida pela pesquisadora na seqüência do questionário aplicado. Sempre que possível um teste específico foi aplicado. O nível de significância de cada teste foi de 5%.

#### Metodologia Estatística.

O teste de **qui-quadrado** é indicado para verificar diferenças nas distribuições de uma característica em função de outra, mede o grau de relacionamento entre as duas características categorizadas.

No teste de Qui-quadrado, quando o Valor Observado for maior ou igual ao Valor Crítico, dizemos que há diferença significativa. Caso contrário, dizemos que não há.

O objetivo do trabalho é verificar se há diferenças do ponto de vista estatístico entre os grupos de estudo quanto as informações obtidas.

O presente estudo tem como base 697 crianças entre 4anos e 7 meses e 7 anos de idade divididas em 4 grupos segundo o tipo de oclusão e fala. Dessa forma temos a seguinte distribuição:

Grupo	N	%
A – Oclusão e Fala Normais	264	37,9
B – Oclusão Normal e Fala Alterada	63	9,0
C – Oclusão Alterada e Fala Normal	276	39,6
D – Oclusão e Fala Alteradas	94	13,5
Total	697	100,0

Foi aplicado aos pais de cada criança um questionário sobre a alimentação da criança desde bebê, e uso de mamadeira, chupeta e sugar o dedo e postura labial.

### 3.1.c. Análise das perguntas e suas Tabelas

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa das crianças que mamaram no peito.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	237	89,8	60	95,2	252	91,3	80	85,1	629	90,2
Não	27	10,2	3	4,8	24	8,7	14	14,9	68	9,8
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 5,02

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças que mamaram no peito.**

No grupo total de 697 crianças, assim como na divisão deste grupo em quatro, observa-se que mamar no peito é a regra. Os índices de não amamentação não chegam a 11% com exceção do grupo D que é de 14,9%, o que significa que a grande maioria das crianças foi alimentada no peito.

Segundo a Tabela 1, Quando se comparam os percentuais encontrados, verifica-se que no grupo D encontra-se o menor número de crianças que mamaram no peito. Este é o grupo no qual a oclusão e a fala estão alterados.

A consulta à tese de doutorado “As políticas de Alimentação Infantil e a Prática de Amamentar: O Caso de São Paulo”, apresentada na USP, em 1989, pela Dra. Marina Ferreira Rea, revela que houve um retorno à prática de amamentar na década de 80 em São Paulo, invertendo a tendência da década anterior quando os índices de amamentação no peito foram bastante baixos. As crianças que fazem parte desta pesquisa, que na época da coleta de dados tinham entre 4 anos e 7 meses a 7 anos, nasceram entre os anos de 1989 e 1992, beneficiando-se dos resultados das campanhas e movimentos em defesa da retomada da amamentação. Os dados aqui apresentados parecem configurar-se como uma amostra de que, na década de 90, as crianças, na sua grande

maioria, estão sendo amamentadas no peito, o que continua sendo muito valorizado nos dias atuais (Altmann et al, 1992).

Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade até a qual mamou no peito.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	66	27,8	22	36,7	78	31,0	22	27,5	188	29,9
3,1 a 6 meses	61	25,7	12	20,0	72	28,6	22	27,5	167	26,6
6,1 a 12 meses	69	29,1	13	21,7	64	25,4	26	32,5	172	27,3
13 a 18 meses	15	6,3	7	11,7	21	8,3	1	1,3	44	7,0
19 a 24 meses	16	6,8	2	3,3	6	2,4	5	6,3	29	4,6
mais que 25 meses	8	3,4	4	6,7	11	4,4	3	3,8	26	4,1
Não sabe	2	0,8	0	0,0	0	0,0	1	1,3	3	0,5
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>629</b>	<b>100,0</b>

Por razões de cálculo, o teste de Qui-quadrado não é eficiente se ocorre muito a baixa frequência em alguns cruzamentos. Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe” e juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	66	28,1	22	36,7	78	31,0	22	27,8	188	30,0
3,1 a 6 meses	61	26,0	12	20,0	72	28,6	22	27,8	167	26,7
6,1 a 12 meses	69	29,3	13	21,7	64	25,4	26	33,0	172	27,5
mais que 13 meses	39	16,6	13	21,6	38	15,0	9	11,4	99	15,8
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 7,54

Valor Crítico: 16,92

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das idades até as quais as crianças mamaram no peito.**

Esta segunda questão é de fundamental importância porque, em teoria, afirma-se um bom desenvolvimento crânio facial não depende simplesmente do fato de se mamar no peito. É importante que esta amamentação ocorra pelo menos até os seis meses para ser efetiva, ou segundo outros autores até um ano de vida (Schinestsck, 1998; Canongia,1990). Observa-se que, em média, nos quatro grupos, 30,7% das crianças mamaram no peito até os 3 meses; 25,5% até os 6 meses e 27,2% até um ano de idade.

Segundo a Tabela 2, com relação a cada grupo, isoladamente, quem mais mamou no peito até um ano de idade foi o grupo D seguido do grupo A. Observa-se que o grupo D, que apresentou o menor número de crianças mamando no peito (85,1%) visto na Tabela 1, curiosamente foi o grupo no qual o maior número de crianças mamou até um ano de idade. Observando ainda a Tabela 2, fica evidenciado, que o grupo D, apesar de ter menos crianças amamentadas no peito, é o grupo que, em média, amamenta por mais tempo.

Tem se tornado cada vez mais divulgado que os fatores da vida moderna proporcionam às crianças alimentos quase liqüefeitos, isto é, que não exigem movimentos de lateralidade de mandíbula, como também não solicitam o estímulo funcional da língua e dos músculos orofaciais causando a hipotonia muscular (Friedman, 1967). Esta citação é interessante porque, há 30 anos atrás, em 1967, já se falava em alimentação “líqüefeita”, causando hipotonia.

Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o uso ou não da chupeta.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	169	64,0	39	61,9	209	75,7	69	73,4	486	69,7
Não	95	36,0	24	38,1	67	24,3	25	26,6	211	30,3
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 11,21 \*

Valor Crítico: 7,82

**Significante. Há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças segundo o uso ou não de chupeta.**

Para verificar onde estão essas diferenças utilizou-se da técnica de partições e chegou-se a seguinte hierarquia:

**Grupo A = Grupo B ≠ Grupo C = Grupo D**

Pelos percentuais observados podemos concluir que os Grupos C e D usaram mais a chupeta, em torno de 75%, do que os Grupos A e B, com aproximadamente 64%. Isso demonstra que o uso de chupeta afeta principalmente a oclusão.

Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa do tipo de chupeta utilizada.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não ortodôntica	81	47,9	23	59,0	119	56,9	46	66,7	269	55,3
Ortodôntica	83	49,1	15	38,5	81	38,8	20	29,0	199	40,9
Ambas	5	3,0	0	0,0	8	3,8	2	2,9	15	3,1
Não sabe qual o tipo	0	0,0	1	2,6	1	0,5	1	1,4	3	0,6
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>486</b>	<b>100,0</b>

Para validar o teste de Qui-quadrado, desconsiderou-se a classificação “Não sabe qual o tipo”.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não ortodôntica	81	47,9	23	60,5	119	57,2	46	67,6	269	55,7
Ortodôntica	83	49,1	15	39,5	81	38,9	20	29,4	199	41,2
Ambas	5	3,0	0	0,0	8	3,9	2	3,0	15	3,1
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>483</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 10,53

Valor Crítico: 12,59

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição do tipo de chupeta utilizado pelas crianças.**

De acordo com a Tabela 4, isoladamente, quem mais usou chupeta não ortodôntica foi o grupo D, seguido do grupo B, sendo que o uso da chupeta ortodôntica nos grupos B e C foi praticamente igual. O tipo de chupeta (ortodôntica / não ortodôntica) não parece, portanto, ter uma relação causal com a oclusão uma vez que as crianças dos grupos D e C apresentam oclusão alterada e as do grupo B apresentam oclusão normal. Chama atenção o fato de que os grupos de fala alterada foram os que mais usaram chupetas não ortodônticas.

No grupo pesquisado por Neiva & Wertzner (1996), o uso de chupeta não ortodôntica foi de 58%, e ortodôntica foi de 42%. Números bastante próximos aos encontrados nesta pesquisa.

Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de início do uso de chupeta.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	142	84,0	35	89,7	187	89,5	60	87,0	424	87,2
3,1 a 6 meses	20	11,8	2	5,1	13	6,2	3	4,3	38	7,8
6,1 a 12 meses	5	3,0	0	0,0	7	3,3	4	5,8	16	3,3
19 a 24 meses	1	0,6	1	2,6	0	0,0	1	1,4	3	0,6
Mais que 25 meses	1	0,6	1	2,6	2	1,0	0	0,0	4	0,8
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	0,2
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>486</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe” e juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	142	84,0	35	89,7	187	89,5	60	88,2	424	87,4
Mais que 3 meses	27	16,0	4	10,3	22	10,5	8	11,8	61	12,6
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>485</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 2,81

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a idade de início do uso da chupeta. A grande maioria começou antes dos 3 meses.**

Segundo a Tabela 5, não houve variação entre os grupos B e C para o início da chupeta neste mesmo período. Os dados referentes ao início de uso são semelhantes não parecendo significativos. Com relação ao uso da chupeta é interessante notar que, apesar da maioria das crianças serem amamentadas no peito, oferecer-lhes tal objeto é praticamente inevitável. É como se a chupeta fizesse parte do enxoval do bebê, independentemente da necessidade (Lutaif, 1997).

Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de término do uso da chupeta.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	1	0,6	2	5,3	1	0,5	0	0,0	4	0,8
3,1 a 6 meses	1	0,6	1	2,6	1	0,5	1	1,4	4	0,8
6,1 a 12 meses	15	8,8	3	7,9	12	5,7	7	10,1	37	7,6
13 a 18 meses	14	8,2	5	13,2	7	3,3	1	1,4	27	5,6
19 a 24 meses	40	23,5	6	15,8	12	5,7	11	15,9	69	14,2
Mais que 25 meses	99	58,3	21	55,2	176	84,3	49	71,2	345	71,0
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>486</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 12 meses:	17	10,0	6	15,8	14	6,7	8	11,5	45	9,2
13 a 18 meses:	14	8,2	5	13,2	7	3,3	1	1,4	27	5,6
19 a 24 meses	40	23,5	6	15,8	12	5,7	11	15,9	69	14,2
Mais que 25 meses	99	58,3	21	55,2	176	84,3	49	71,2	345	71,0
<b>Total:</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>486</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 45,35 \*

Valor Crítico: 16,92

**Significante. Há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças segundo a idade de término do uso de chupeta.**

Para verificar onde estão essas diferenças utilizou-se da técnica de partições e chegou-se a seguinte hierarquia:

**Grupo A = Grupo B = Grupo D ≠ Grupo C**

Pelos percentuais observados podemos concluir que o Grupo C apresentou significativamente idade mais avançada no término do uso de chupeta. Embora não seja estatisticamente diferente dos grupos

A e B, o grupo D apresentou percentuais maiores. Pode-se supor, desta forma, que o uso prolongado da chupeta pode ser um dos fatores de má oclusão, ou pelo menos um fator contribuinte.

Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa das crianças que sugaram ou não o dedo.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	23	8,7	1	1,6	30	10,9	11	11,7	65	9,3
Não	239	90,5	60	95,2	246	89,1	83	88,3	628	90,1
Não Sabe	2	0,8	2	3,2	0	0,0	0	0,0	4	0,6
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe”, apresentando a seguir:

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	23	8,8	1	1,6	30	10,9	11	11,7	65	9,4
Não	239	91,2	60	98,4	246	89,1	83	88,3	628	90,6
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>693</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 5,73

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a terem ou não sugado o dedo. A grande maioria (90%) não sugou o dedo.**

Segundo a Tabela 7, nos grupos parciais, os grupos referentes às crianças com oclusão alterada foram os que mais sugaram o dedo. Provavelmente o dedo, assim como a chupeta, exercem influências sobre a oclusão. Por outro lado, os dados aqui observados não permitem concluir nada sobre a interferência do dedo na fala, uma vez que o grupo B, correspondente às crianças com problemas de fala, é o que apresenta o menor número de crianças com o hábito de sugar dedo.

Observa-se que a sucção de dedo é bastante baixa quando comparada à sucção de chupeta. Observa-se, ainda, que chupeta e dedo são hábitos que começam cedo e são deixados, de maneira

geral, acima dos vinte e cinco meses, mais especificamente, como pudemos observar nos registros dos questionários, após os quatro anos de idade.

Hábitos orais adquiridos não tem relação quanto à forma como a criança foi amamentada, peito ou mamadeira (Hanna, 1967).

Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de início da sucção de dedo.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	11	47,8	1	100,0	19	63,3	7	63,6	38	58,5
3,1 até 6 meses	5	21,7	0	0,0	0	0,0	3	27,3	8	12,3
6,1 a 12 meses	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,1
13 a 18 meses	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Mais que 18 meses	3	13,0	0	0,0	9	30,0	0	0,0	12	18,5
Não sabe	1	4,3	0	0,0	2	6,7	1	9,1	4	6,2
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Mesmo agrupando classes não há possibilidade de aplicar o teste de Qui-quadrado. A maioria começou a sugar o dedo cedo, antes dos 3 meses.

Segundo a Tabela 8, o início da sucção de dedo entre 0 e 3 meses foi maior no grupo D, seguido pelo grupo C, ambos com alteração de oclusão.

Tabela 9 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de término da sucção de dedo.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0	3	4,6
3,1 a 6 meses	1	4,3	0	0,0	1	3,3	1	9,1	3	4,6
6,1 a 12 meses	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,1
13 a 18 meses	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
19 a 24 meses	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,1
Mais que 25 meses	17	73,9	1	100,0	26	86,7	10	90,9	54	83,1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 24 meses	6	26,1	0	0,0	4	13,3	1	9,1	11	16,9
Mais que 25 meses	17	73,9	1	100,0	26	86,7	10	90,9	54	83,1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 2,33

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a idade de término de sugar o dedo. A maioria (83%) parou de sugar o dedo com mais de 25 meses.**

Segundo a Tabela 9, param de sugar o dedo com mais de 25 meses o grupo D, seguido do C. Os grupos com alteração de oclusão param mais tardiamente confirmando que este pode ser um fator causal ou de piora na oclusão. Deve-se levar em consideração que, como uma tendência geral, apontada na questão anterior, tais crianças iniciam este hábito precocemente, o que implica em um tempo prolongado de duração do hábito.

Tabela 10 – Distribuição absoluta e relativa das crianças quanto ao uso ou não de mamadeira.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	253	95,8	59	93,7	261	94,6	86	91,5	659	94,5
Não	11	4,2	4	6,3	15	5,4	8	8,5	38	5,5
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 2,65

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao uso ou não da mamadeira. A maioria (94,5%) usou a mamadeira.**

Como vemos na Tabela 10, todos os grupos parciais usaram mamadeira, sendo que o grupo A, foi o que mais usou seguido do C, depois vem o grupo B, e por último o grupo D. Portanto o uso da mamadeira não parece interferir coma oclusão nem com a fala.

Tabela 11 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de bico de mamadeira utilizado.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não ortodôntico	187	73,9	46	78,0	190	72,8	78	90,7	501	76,0
Ortodôntico	56	22,1	12	20,3	54	20,7	7	8,1	129	19,6
Ambos	1	0,4	1	1,7	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Não sabe	9	3,6	0	0,0	17	6,5	1	1,2	27	4,1
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>	<b>659</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos as classificações “Não sabe” e “Ambos”, apresentando a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não ortodôntico	187	77,0	46	79,3	190	77,9	78	91,8	501	79,5
Ortodôntico	56	23,0	12	20,7	54	22,1	7	8,2	129	20,5
<b>Total</b>	<b>243</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	<b>630</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado  
 Valor Observado: 9,22 \*  
 Valor Crítico: 7,82

**Significante. Há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças segundo o tipo de bico de mamadeira utilizado.**

Para verificar onde estão essas diferenças utilizou-se da técnica de partições e chegou-se a seguinte hierarquia:

**Grupo A = Grupo B = Grupo C ≠ Grupo D**

Pelos percentuais observados podemos concluir que o Grupo D apresentou significativamente maior uso de mamadeira não ortodôntica. O tempo de uso, associado à predisposição de má oclusão podem ser fatores interferentes.

Tabela 12 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade de início do uso de mamadeira.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	101	39,9	29	49,2	118	45,2	40	46,5	288	43,7
3,1 até 6 meses	63	24,9	9	15,3	68	26,1	21	24,4	161	24,4
6,1 a 12 meses	61	24,1	13	22,0	50	19,2	20	23,3	144	21,9
13 a 18 meses	10	4,0	5	8,5	13	5,0	1	1,2	29	4,4
19 a 24 meses	6	2,4	2	3,4	4	1,5	0	0,0	12	1,8
Mais que 25 meses	5	2,0	1	1,7	1	0,4	1	1,2	8	1,2
Não sabe	7	2,8	0	0,0	7	2,7	3	3,5	17	2,6
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>	<b>659</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe” e juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 3 meses	101	41,1	29	49,2	118	46,5	40	48,2	288	44,9
3,1 até 6 meses	63	25,6	9	15,3	68	26,8	21	25,3	161	25,1
6,1 a 12 meses	61	24,8	13	22,0	50	19,7	20	24,1	144	22,4
Mais que 12 meses	21	8,5	8	13,5	18	7,0	2	2,4	49	7,6
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>642</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 11,59

Valor Crítico: 16,92

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a idade de início do uso da mamadeira.**

Os dados da Tabela 12 parecem compatíveis com a época em que as crianças deixam de mamar no peito, revelando a introdução precoce da mamadeira como uma forma complementar ou alternativa de alimentação infantil. A maior parte das crianças experimenta a mamadeira antes de completar o primeiro ano de vida.

Apesar desta tendência geral, observou-se que os grupos B, C, e D apresentam índices ligeiramente superiores de introdução de mamadeira no período de 0 a 3 meses, quando comparados com o grupo A.

Tabela 13 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a idade do término do uso da mamadeira.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3,1 a 6 meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,3	2	0,3
6,1 a 12 meses	15	5,9	2	3,4	8	3,1	4	4,7	29	4,4
13 a 18 meses	12	4,7	5	8,5	11	4,2	5	5,8	33	5,0
19 a 24 meses	28	11,1	2	3,4	18	6,9	10	11,6	58	8,8
Mais que 25 meses	192	75,9	50	84,7	224	85,8	65	75,6	531	80,6
Não sabe	6	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,9
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>	<b>659</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe” e juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3,1 a 18 meses	27	10,9	7	11,9	19	7,3	11	12,8	64	9,8
19 a 24 meses	28	11,3	2	3,4	18	6,9	10	11,6	58	8,9
Mais que 25 meses	192	77,8	50	84,7	224	85,8	65	75,6	531	81,3
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>	<b>653</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 10,10

Valor Crítico: 12,59

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto a idade de término do uso da mamadeira.**

O fato da maioria das crianças terem parado a mamadeira após os 25 meses, significa que a mamadeira continua sendo uma forma de alimentação que tende a se estender mesmo após a introdução de alimentos sólidos.

De modo geral, todos os grupos tenderam ao uso prolongado desta forma de alimentação. Assim sendo, não existem evidências claras no sentido de se concluir que o uso prolongado da mamadeira interfere na oclusão ou na fala. Pelo menos 75% das crianças em todos os grupos usam a mamadeira por mais de 25 meses.

Tabela 14 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o uso de alimento pastoso na mamadeira.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	59	22,3	22	34,9	67	24,3	21	22,3	169	24,2
Não	204	77,3	41	65,1	207	75,0	72	76,6	524	75,2
Não sabe	1	0,4	0	0,0	2	0,7	1	1,1	4	0,6
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe”, apresentando a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	59	22,4	22	34,9	67	24,5	21	22,6	169	24,5
Não	204	77,6	41	65,1	207	75,5	72	77,4	524	75,5
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>274</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>693</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 4,50

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao uso de alimento pastoso na mamadeira.**

Nos grupos parciais observa-se que o grupo B, de crianças apresentando a oclusão normal, é o que apresenta o maior número de crianças sendo alimentado com pastosos na mamadeira. Os grupos A e D apresentam, valores iguais de crianças alimentadas com pastosos na mamadeira. Como já foi apontado, estes grupos são os considerados oponentes em termos de normal e alterado. Em

razão de tais valores, não se pode concluir que alimentos pastosos na mamadeira, de forma isolada, provocam alterações significativas para a fala e a oclusão.

Tabela 15 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de alimentação entre 1 a 2 anos de idade.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sólida	117	44,3	25	39,7	113	40,9	33	35,1	288	41,3
Pastosa	111	42,0	26	41,3	122	44,2	48	51,1	307	44,0
Líquida	22	8,3	8	12,7	24	8,7	4	4,3	58	8,3
Citou + de um tipo	11	4,2	4	6,3	13	4,7	6	6,4	34	4,9
Não sabe	3	1,1	0	0,0	4	1,4	3	3,2	10	1,4
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe”, apresentando a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sólida	117	44,9	25	39,7	113	41,5	33	36,3	288	41,9
Pastosa	111	42,5	26	41,3	122	44,9	48	52,7	307	44,8
Líquida	22	8,4	8	12,7	24	8,8	4	4,4	58	8,4
Citou + de um tipo	11	4,2	4	6,3	13	4,8	6	6,6	34	4,9
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	<b>687</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado  
 Valor Observado: 7,28  
 Valor Crítico: 16,92

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao tipo de alimento entre 1 e 2 anos de idade.**

Se somarmos os alimentos líquidos com os pastosos observa-se mais da metade das crianças recebendo alimentos moles. Deve-se ainda lembrar que os alimentos considerados como sólidos podem não ser tão duros ao ponto de exigirem um esforço real do aparelho mastigatório. Ou seja, a maior parte das crianças pode estar comendo alimentos de consistência mais mole pelo menos nos dois primeiros anos de vida.

Segundo a Tabela 15, nos grupos parciais pode-se observar que o grupo A (normal) tem (somando-se pastosos e líquidos), mais da metade das crianças com alimentação de consistência mole. Na análise do grupo D (alterado), o mesmo ocorre, sendo que o valor é apenas ligeiramente maior do que o do grupo A. Por outro lado, com relação à alimentação sólida tem-se uma diferença importante pois o grupo A apresenta 44,3% das crianças comendo alimentos sólidos contra 35,1% do grupo D. Embora não tenha ficado completamente caracterizada o tipo de alimentação considerada como sólida, há indícios de que o grupo A, em termos gerais, apresente hábitos orais e alimentares, no conjunto, mais adequados que o D. Estes dados parecem reforçar as suspeitas de que a somatória de ações inadequadas, e não a alimentação isoladamente, propicie prejuízos no desenvolvimento dos aspectos observados neste trabalho.

Tabela 16 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de alimentação atual.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sólida	231	87,5	56	88,9	258	93,5	84	89,4	629	90,2
Pastosa	19	7,2	6	9,5	8	2,9	4	4,3	37	5,3
Líquida	8	3,0	1	1,6	6	2,2	5	5,3	20	2,9
Citou + de um tipo	6	2,3	0	0,0	4	1,4	1	1,1	11	1,6
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe” e juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sólida	231	89,5	56	88,9	258	94,9	84	90,3	629	91,7
Pastosa:/ Líquida	27	10,5	7	11,1	14	5,1	9	9,7	57	8,3
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 6,02

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao tipo de alimentação atual.**

Segundo a Tabela 16, quanto aos grupos parciais, pode-se observar que é no grupo C, com oclusão alterada, que encontramos o maior número de crianças comendo sólidos, e o grupo A (normal), é o que menos utiliza alimentos sólidos. Estes dados indicam uma espécie de inversão: o grupo A, que mais foi alimentado com sólidos até os 2 anos de idade, conforme os valores da Tabela 15, passa a ser o grupo que utiliza menos a alimentação sólida após os 2 anos e, contrariamente ao que se poderia pensar numa análise mais superficial, é o grupo que não têm alterações de fala ou de oclusão. Portanto, o fator tipo de alimentação, tomado isoladamente, não parece ser suficiente para justificar as alterações estudadas, como podemos notar por estes números indicativos de que padrões de alimentação podem se alternar, ou alterar, ao longo do tempo.

O que era considerado sólido para os pais não foi definido nesta pergunta. Em geral observo, na prática clínica, que tudo o que vai para o prato, e que se come com garfo, é tido como sólido, não importando se é arroz, feijão, macarrão, batata frita, bife, hambúrguer, legumes crus ou cozidos.

Tabela 17 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de carne.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muita	123	46,6	24	38,1	115	41,7	38	40,4	300	43,0
Pouca	135	51,1	36	57,1	153	55,4	48	51,1	372	53,4
Nenhuma	6	2,3	3	4,8	8	2,9	8	8,5	25	3,6
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 10,36

Valor Crítico: 12,59

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao consumo atual de carne.**

Segundo a Tabela 17, quanto à divisão em grupos parciais, observa-se que em todos predomina o uso de *Pouca* carne, sendo que os grupos A e D apresentam os mesmos índices para esta variável. Quando perguntou-se sobre comer *Muita* carne, o grupo A come mais carne que o D, com uma diferença de 6,2%. Quanto ao item comer *Nenhuma* carne, o grupo D tem o maior valor, com 8,5% contra 2,3% do grupo A. Com relação a este fato de haver um maior número de crianças no grupo D que come menos carne ou que não come tal tipo de alimento podemos levantar a seguinte questão: poderia a oclusão, estando alterada, dificultar a mastigação levando, desta forma, a tais diferenças? Ou seja, qual é a causa: Comer *Pouca* carne leva a má oclusão, ou a má oclusão dificulta comer carne?

Tabela 18 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de verduras.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muita	83	31,4	20	31,7	82	29,7	26	27,7	211	30,3
Pouca	137	51,9	31	49,2	148	53,6	49	52,1	365	52,4
Nenhuma	44	16,7	12	19,0	46	16,7	19	20,2	121	17,4
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 1,31

Valor Crítico: 12,59

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao consumo atual de verduras.**

Tomando-se como referência o grupo total, verifica-se que o uso de *Pouca* verdura predomina com 52,4%; 30,3% das crianças fariam uso de *Muita* verdura e uma cifra que não parece desprezível de 17,4% estariam dentro da categoria *Nenhuma*. Como fica evidente, a diferença entre o *Pouca* e *Muita*, aumenta significativamente pois o número de crianças que não comem *Nenhuma* verdura é muito maior do que no item carne.

Com relação aos grupos parciais, de novo não se observa grandes variações entre eles no item *Pouca*, principalmente considerando-se os grupos extremos A e D. O item *Muita* indica que os grupos A e B, tendem a comer mais verduras, embora com diferenças pequenas, do que os grupos C, e o grupo D. Quanto ao item não comer *Nenhuma* verdura, novamente o grupo D apresenta um número maior de crianças, 20,2%, em relação ao grupo A e C, ambos com 16,7%. Vamos lembrar que o grupo C, embora apresente menos crianças que não comem verdura, também tem a oclusão alterada, como o grupo D.

Tabela 19 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de legumes.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito	89	33,7	27	42,9	90	32,6	26	27,7	232	33,3
Pouco	151	57,2	31	49,2	160	58,0	53	56,4	395	56,7
Nenhum	24	9,1	5	7,9	26	9,4	15	16,0	70	10,0
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 7,29

Valor Crítico: 12,59

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao consumo atual de legumes.**

Segundo a Tabela 19, quanto aos grupos isoladamente, no item, *Muito* legume, observa-se que o grupo de maior frequência é o B, seguido do grupo A, depois o grupo C, e, por último, o grupo D. Mas, é no item *Nenhum* que podemos observar diferenças mais evidentes entre os grupos. O grupo D é o que apresenta o maior valor, em comparação com o B, de oclusão normal. Os grupos A e C, para o item *Nenhum* legume, apresentam índices bastante próximos mas inferiores ao D.

Tabela 20 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de frutas.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muita	162	61,4	44	69,8	170	61,6	62	66,0	438	62,8
Pouca	93	35,2	18	28,6	99	35,9	28	29,8	238	34,1
Nenhuma	9	3,4	1	1,6	7	2,5	4	4,3	21	3,0
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Para viabilizar o teste de Qui-quadrado, desconsideramos a classificação “Não sabe” e juntou-se algumas categorias, apresentadas a seguir.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muita	162	61,4	44	69,8	170	61,6	62	66,0	438	62,8
Pouca / Nenhuma	102	38,6	19	30,2	106	38,4	32	34,0	259	37,2
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 2,14

Valor Crítico: 7,82

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao consumo atual de frutas.**

Considerando-se o grupo total, o que mais se observa de interessante é que este é o primeiro tipo de alimento em que o item *Muito* tem a maior frequência, praticamente com o dobro do item *Pouco*. Por sua vez, *Nenhum* apresenta a menor porcentagem.

Se tomarmos como referência os demais tipos de alimentos pesquisados, constata-se que as crianças entrevistadas, por um lado, tendem a consumir pouca carne, verduras e legumes em suas dietas alimentares. Porém quanto às frutas, por outro lado, o consumo alimentar tende a ser mais frequente ou alto. Embora não tenha sido possível determinar quais os tipos de frutas mais consumidas, tenho minhas dúvidas quanto à consistência das mesmas em termos de mastigação. A partir do que é observado na prática clínica, as frutas mais consumidas tendem a ser bananas, mamões, laranjas, maçãs e pêras, que são facilmente encontradas em feiras e mercados.

Observa-se, como já foi apontado, uma tendência de as crianças de todos os grupos consumirem frutas em sua alimentação. No grupo D, por exemplo, em que encontramos problemas de fala e oclusão, somente 4.3% das crianças não fazem uso deste tipo de alimento, não parecendo ser este um fator importante nas alterações citadas.

Tabela 21 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o consumo atual de leite.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito	159	60,2	32	50,8	180	65,2	59	62,8	430	61,7
Pouco	92	34,8	29	46,0	83	30,1	27	28,7	231	33,1
Nenhum	13	4,9	2	3,2	13	4,7	8	8,5	36	5,2
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado  
 Valor Observado: 9,27  
 Valor Crítico: 12,59

**Não Significante. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao consumo atual de leite.**

De modo geral, o leite pode ser considerado um alimento frequente na dieta das crianças, com valores aproximadamente comparáveis aos do consumo de frutas.

Quanto aos grupos parciais, A, B, C, e D observa-se a referência ao uso de *Muito* leite. Como pode ser notado, os valores são mais altos para os grupos C e D, que apresentam oclusão alterada. Na média destes dois grupos encontramos 64% de crianças usando muito leite, em contraposição à média de 55,5% para os grupos A e B.

Embora estatisticamente nenhum alimento entre os quatro grupos, tenha sido significativo, o que pode ser observado nas questões de 17 a 21, é que a população avaliada, em sua alimentação, faz uso generalizado de frutas e leite, em oposição a um consumo mais restrito de verduras e legumes. Por outro lado, se considerarmos os alimentos salgados, observa-se que legumes e frutas tendem a serem consumidos por um maior número de crianças do que a carne.

O interessante é que, comparando-se as perguntas de números 17 a 21 com a de número 16, na qual 90,2% dos pais respondem que a alimentação de seus filhos é basicamente sólida, pode-se imaginar que talvez tal critério seja diferente para eles. Quando tal pergunta foi elaborada(16), a intenção era saber se a comida ingerida atualmente pelas crianças seria de consistência dura, se exigiria uma mastigação efetiva, com esforço dos dentes para quebrá-la antes de ser engolida. Evidentemente, o que os pais chamaram de sólido foi a comida que se põe em pratos. Eu poderia, talvez, ter perguntado o que vai no prato na hora das refeições, como o alimento é preparado, se é muito cozido, amassado, ou se as crianças têm preguiça de mastigar. Mas, nas perguntas de 17 a 21, que se referem às quantias ingeridas em relação à carne, verduras, legumes, frutas e leite foi possível notar que, apesar de 90,2% das crianças fazerem uso de alimentos “sólidos”, frutas e leite são componentes importantes na dieta alimentar. Além do mais, não está explicitada se a carne ingerida é oferecida na forma de hambúrguer (carne moída) ou bife; qual o tipo e consistência das frutas; se são vários tipos de legumes ou sempre o mesmo e assim por diante. Digo isto, porque na clínica fonoaudiológica a variação alimentar dos pacientes não é grande: há referência a poucos legumes, muita batata e a carne restringe-se, basicamente, ao hambúrguer e peito de frango. Podemos nos perguntar se o padrão alimentar dos sujeitos desta pesquisa seria diferente daquele freqüentemente encontrado nos pacientes. Creio que, muito provavelmente, sejam semelhantes.

Junqueira e Guilherme (1996), ao observarem o tipo de alimentação de 500 crianças em escolas públicas e escolas particulares, puderam verificar que na hora do lanche das crianças da escola pública, a merenda oferecida era, por muitas vezes, sopa. Outras vezes leite e um pedaço de bolo macio. Nas escolas particulares, as crianças levavam nas lancheiras pacotes de salgadinhos, pães macios tipo de forma ou bisnagas, danones, iogurtes, bolachas recheadas e refrigerantes.

Tabela 22 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a postura de repouso dos lábios.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fechados	157	59,5	30	47,6	130	47,1	51	54,3	368	53
Abertos	12	4,5	9	14,3	33	12,0	10	10,6	64	9
Semi-abertos	67	25,4	17	27,0	78	28,3	18	19,1	180	26
Não sabe	28	10,6	7	11,1	35	12,7	15	16,0	85	12
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>697</b>	<b>100,0</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 18,84 \*

Valor Crítico: 16,92

**Significante. Há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças segundo a postura de repouso dos lábios.**

Para verificar onde estão essas diferenças utilizou-se da técnica de partições e chegou-se a seguinte hierarquia:

**Grupo A  $\neq$  Grupo B = Grupo C = Grupo D**

Pelos percentuais observados podemos concluir que o Grupo A apresentou significativamente maior incidência na postura de repouso “Fechado” dos lábios.

Esta questão foi realizada numa tentativa de obter dados sobre o tono das crianças, e se tal aspecto chamaria a atenção dos pais. As respostas encontradas aqui serão comparadas com o exame realizado nas crianças. Para a Fonoaudiologia, lábios abertos ou semi abertos tem significados importantes: pode tratar-se de um quadro de respiração bucal, ou de um quadro de diminuição de tono que leva os lábios a se entreabrirem. Em geral, acredita-se que a alimentação, sem esforço mastigatório, leva à diminuição do tono. (Altmann, 1990).

Segundo a Tabela 22, o grupo A (sem alterações) tem o maior índice de crianças com os lábios fechados seguido do grupo D (alterado). Somando-se lábios abertos mais semi abertos, observa-se que o grupo A tem 29,9% de crianças nesta condição, valor muito próximo daquele do grupo alterado D, com 29,7%. Por sua vez os grupos B e C, com alterações somente parciais de fala

e oclusão, apresentam valores mais altos: 41,3% e 40,3%, respectivamente. Por sua vez, as crianças do grupo **D** apresentam o maior número de pais, 16%, que não sabem referir a postura dos lábios de seus filhos.

### **3.1.d. O exame da criança**

Após o questionário ter sido respondido pelos pais, os fonoaudiólogos aplicaram um exame específico em cada criança. Este exame constou de cinco provas. A primeira tinha o intuito de verificar a aquisição dos sons da fala. A criança foi gravada em situação de fala espontânea durante cinco minutos de conversa informal. Depois foram apresentadas figuras que continham todos os fonemas da língua portuguesa para que ela os nomeasse. Quando a criança não conhecia o nome do objeto, utilizava-se uma brincadeira de adivinhação na qual o fonoaudiólogo dizia três nomes quaisquer, dentre eles o nome da figura. A partir da análise da gravação em fita cassete foi levantado o quadro fonêmico. Considerou-se como totalmente adquiridas as amostras de fala que, de modo sistemático, não contivessem nenhuma omissão ou substituição.

A segunda prova foi a da verificação da oclusão dentária. Uma vez que o fonoaudiólogo não tem formação para classificar os diferentes tipos de oclusão, optou-se apenas por classificar a oclusão como normal ou alterada. Foi empregada a classificação de Angle descrita por Ferreira (1996), que serviu de base para o treinamento dos fonoaudiólogos examinadores.

A terceira e a quarta provas foram planejadas para a observação da postura dos lábios em repouso e do posicionamento da língua. Os resultados destas provas serviram de suporte para as considerações feitas a respeito do tono, as quais foram comparadas com as respostas dadas pelos pais em relação ao posicionamento de repouso dos lábios.

Na quinta, e última prova, observou-se a presença de projeção anterior da língua para os sons sibilantes e linguo dentais. Esta situação também forneceu dados sobre o tono. Como existe uma crença de que o tono é prejudicado pela alimentação de baixa consistência, estas provas tiveram como objetivo verificar se esta relação poderia ser consistente. Isto dependeria, evidentemente, do tipo de alimentação que seria encontrado no grupo pesquisado.

### **3.1.e. As provas aplicadas**

Tabela 23 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a aquisição dos sons da fala.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fala normal	264	100,0	0	0,0	276	100,0	0	0,0	540	77,5
Fala alterada	0	0,0	63	100,0	0	0,0	94	100,0	157	22,5
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>276</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>697</b>	<b>100</b>

Segundo a Tabela 23, a maior parte das crianças apresentaram todos os sons da fala adquiridos. As demais, apresentaram alguma alteração neste sentido.

Tabela 24 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo o tipo de oclusão.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	264	100,0	63	100,0	0	0,0	0	0,0	327	46,9
Não	0	0,0	0	0,0	276	100,0	94	100,0	370	53,1
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>276</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>697</b>	<b>100</b>

Esta prova foi realizada por exame direto. A criança deveria abrir a boca para que o fonoaudiólogo pudesse examinar sua oclusão.

As tabelas 23 e 24 não devem ser avaliadas do ponto de vista estatístico devido ao fato que são os resultados definidores dos grupos formados.

Segundo a Tabela 24, das 697 crianças examinadas, foram encontradas 327 com oclusão normal, e 370 crianças com alterações oclusais. Observa-se que estes números estão de acordo com pesquisas recentes (Tomé, 1998). Atualmente, o número de má oclusões tem sido maior do que de oclusões normais, ou seja, há uma forte tendência para a ocorrência de tais problemas. Estes dados vão de encontro a uma série de publicações apontando que a diminuição da mastigação ou a ausência de amamentação podem levar a alterações oclusais ou de crescimento crânio facial (Planas, 1987; Enlow, 1993; Simões, 1985; Moyers, 1991; Van der Linden, 1990 e Van Der Laan, 1995). O grupo estudado na presente pesquisa dá mostras da existência de padrões alimentares que podem estar

exigindo menor esforço de mastigação, o que pode estar relacionado com as alterações oclusais encontradas.

A partir das provas de número 1 e 2 foram montados os quatro grupos, A, B, C e D já caracterizados anteriormente. Para tanto, foram empregados critérios de oclusão e de aquisição do quadro fonêmico.

Tabela 25 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a postura de repouso dos lábios durante o exame.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fechada	149	56,4	35	55,6	122	44,2	40	42,6	346	49,6
Aberta	16	6,1	9	14,3	21	7,6	21	22,3	67	9,6
Semi aberta	99	37,5	19	30,2	133	48,2	33	35,1	284	40,7
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>276</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>697</b>	<b>100</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 34,29 \*

Valor Crítico: 12,59

**Significante. Há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças segundo a postura de repouso dos lábios durante o exame.**

Para verificar onde estão essas diferenças utilizou-se da técnica de partições e chegou-se a seguinte hierarquia:

**Grupo A = Grupo C ≠ Grupo B = Grupo D**

Pelos percentuais observados podemos concluir que os Grupos A e C apresentaram significativamente menor incidência na postura de repouso “Aberto” dos lábios.

No grupo total, somando a posição aberta com a semi aberta temos 50,3%, ou seja metade das crianças com os lábios em posição inadequada. Podemos suspeitar de problemas respiratórios ou, simplesmente, de tono diminuído. Em outras pesquisas realizadas com crianças normais temos os seguintes dados: Penteadó, Almeida e Leite (1995), encontraram 69% das crianças avaliadas, de

lábios abertos ou semiabertos. Os achados de Coelho (1993), mostram que 80,65% das crianças apresentaram alteração na tonicidade labial sendo que para este autor a utilização de alimentação líquida inadequada gera mais alteração no tono que de mobilidade dos órgãos fono articulatórios.

Na nossa entrevista com os pais encontrou-se referência a 53% com boca fechada, 12% não sabiam responder e 35% de boca aberta. Nas prática clínica, curiosamente tem-se observado que, se a criança não está de boca totalmente aberta, os pais não sabem responder a esta pergunta, ou acham que está fechada. Também não compreendem muito bem qual é a razão desta questão, evidenciando que isto não tem importância para eles.

Segundo a Tabela 25, analisando os grupos parciais, o grupo A (normal), foi o grupo no qual encontrou-se o maior índice de crianças com a boca fechada, seguido do grupo B, sendo ambos os grupos com oclusão normal. O grupo C e o D apresentam valores próximos, e ambos apresentando alterações de oclusão, ou seja, há um maior número de crianças nestes grupos que ficam de boca aberta. Estes achados podem estar apontando a alteração de oclusão como um fator interferente no selamento labial. Novamente podemos nos perguntar: a postura de boca aberta causa a má oclusão ou a má oclusão dificulta o selamento labial?

Para o fonoaudiólogo, a postura de boca aberta ou semi aberta, é sempre motivo de preocupação. Quando os lábios não estão selados significa que o ar está entrando na cavidade oral e a língua está deslocada do palato duro. Se isto ocorre durante o processo de desenvolvimento, pode haver alterações de crescimento e de tono. Nestes casos, como consequência podemos encontrar alterações nas funções de mastigação, deglutição e até uma imprecisão na produção da fala. Além do mais, a boca aberta levará a uma respiração oral, em detrimento da respiração nasal.

Observa-se que a alimentação, de uma forma geral, neste grupo pesquisado, pode estar sendo mais facilitada em termos de consistência o que, teoricamente, faria com que o tono estivesse diminuído levando, possivelmente, a uma postura de lábios abertos ou semi-abertos. No entanto, volto a lembrar que estamos falando de uma população considerada normal.

Tabela 26 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a interposição de língua.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	22	8,3	5	7,9	64	23,2	28	29,8	119	17,1
Não	242	91,7	58	92,1	212	76,8	66	70,2	578	82,9
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>276</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>697</b>	<b>100</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 35,98 \*

Valor Crítico: 7,82

**Significante. Há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças segundo a interposição da língua.**

Para verificar onde estão essas diferenças utilizou-se da técnica de partições e chegou-se a seguinte hierarquia:

**Grupo A = Grupo B ≠ Grupo C = Grupo D**

Pelos percentuais observados podemos concluir que os Grupos A e B apresentaram significativamente menor incidência de interposição na língua.

Nos grupos parciais, pode-se observar que a língua ficou interposta entre as arcadas em um menor número de indivíduos no grupo B, seguido pelo grupo A, sendo estes dois grupos de oclusão normal. Por outro lado, os grupos C e D tiveram índices mais altos de projeção de língua durante a fala. Ambos os grupos são de crianças com a oclusão alterada e, no caso do grupo D, também a fala é alterada.

A língua interposta entre arcadas, pode ser um sinal de tono diminuído. (Barrett & Hanson, 1974). Outros fatores, como alimentação pastosa e hábitos de sucção mantidos durante muito tempo, caso da mamadeira, chupeta ou dedo, também são citados (Garliner, 1976; Graber, 1961) como possíveis causas de língua interposta ou baixa.

Tabela 27 – Distribuição absoluta e relativa das crianças segundo a existência de ceceo anterior.

	A		B		C		D		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	59	22,3%	27	42,9%	96	34,8%	45	47,9%	227	32,6%
Não	205	77,7%	36	57,1%	180	65,2%	49	52,1%	470	67,4%
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100%</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>276</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>697</b>	<b>100%</b>

Teste: Qui-quadrado

Valor Observado: 26,23 \*

Valor Crítico: 7,82

**Significante. Há diferença significativa entre os grupos quanto a distribuição das crianças segundo a existência de ceceo anterior.**

Para verificar onde estão essas diferenças utilizou-se da técnica de partições e chegou-se a seguinte hierarquia:

**Grupo A ≠ Grupo B = Grupo C = Grupo D**

Pelos percentuais observados podemos concluir que o Grupo A apresentou significativamente menor existência de ceceo anterior.

Ceceo e sigmatismo são termos que referem-se à ação de falar os sons sibilantes /s/ e /z/ com interposição da língua anteriormente. Tal projeção pode ser visualmente observada, assim como pode-se ouvir a diferença dos sons produzidos com e sem projeção. Os sons linguodentais /t/, /d/, /l/ e /n/, quando ocorrem com protrusão, também se enquadram na categoria dos ceceios. Esta alteração não produz, no entanto, modificação evidente nas características sonoras dos fonemas. O ceceo pode ocorrer por várias razões. Dentre elas, as mais comuns são o tono da língua rebaixado e a língua estar anteriorizada dentro da cavidade oral, em sua postura de repouso. Dentre as causas supostas que levariam a este rebaixamento, ou diminuição do tono, estaria a alimentação pastosa.

Observa-se que 32% do grupo todo apresenta ceceo, poderíamos dizer que, embora tal índice seja alto, estaria dentro dos níveis de normalidade segundo Junqueira e Guilherme (1996), ou, por outro lado, afirmar que o padrão de alimentação e os hábitos encontrados estariam levando a uma alteração.

Analisando os grupos parciais, pode-se ver que o grupo com menor ocorrência de ceceo foi o A em oposição ao grupo D. Tais números parecem significativos. Faz sentido pensarmos que hábitos orais e alimentação tenham levado à projeção da língua. Porém, devemos também considerar, por outro lado, que o fato de haver má oclusão no grupo D pode ser um fator importante na projeção. Só que o grupo B, com oclusão normal e fala alterada, apresentou 42,9% das crianças com ceceo e finalmente o grupo C, de crianças com oclusão alterada e fala normal, apresentou 34,8%. Neste caso, não foi o grupo com oclusão alterada que apresentou maior número de crianças com ceceo, ao contrário do que encontramos na comparação anterior, pois o grupo A tem menos ceceo que o grupo D. Para Moura (1994), o ceceo anterior pode ou não vir acompanhado de mordida aberta anterior, assim como Junqueira e Guilherme (1996), constataram que, talvez seja impróprio afirmar que a oclusão tenha de fato relação única com o sigmatismo. Ou seja, a presença do ceceo anterior não deve ser unicamente justificada pela presença da malocclusão. Outros fatores, sem dúvida, podem colaborar, contribuir ou, ainda, facilitar a presença ou ausência do sigmatismo. De acordo ainda com estes autores, questiona-se se uma alimentação menos adequada em termos de consistência, poderia estar sendo determinante ou agravando a presença do sigmatismo.

Estes dados podem sugerir que tanto a oclusão, como a alimentação ou os hábitos orais, podem facilitar a ocorrência do ceceo anterior.

## **3.2. A pesquisa realizada com os fonoaudiólogos**

Durante a realização da primeira pesquisa, envolvendo pais e crianças, ocorreu-me a idéia de fazer uma outra coleta de dados que complementaria a primeira. O objetivo deste trabalho tem como tema conhecer um pouco mais sobre determinadas práticas do fonoaudiólogo. Para tanto, era necessário um ponto de partida. Conforme explicitarei em minha introdução, resolvi iniciar o trabalho abordando o tema alimentação de modo que meu objetivo pudesse ser levado adiante. O questionário com os pais e exame da criança trouxeram informações importantes a respeito da alimentação das crianças em geral e, com isto, apontaram-me novos caminhos que podem ajudar os fonoaudiólogos.

No entanto, permanecia meu desejo de compreender melhor o raciocínio empregado pelo fonoaudiólogo ao dar terapia. Ainda usando a alimentação como tema central, elaborei um questionário para ser respondido por eles. Em supervisão e em aulas o assunto alimentação sempre é muito presente. Sendo assim, acreditei que não iria ter problemas com a aplicação de um questionário tratando deste assunto. Após a realização de dois questionários pilotos, cheguei ao questionário final, com 13 questões, que foi aplicado no primeiro semestre de 1997 em 202 fonoaudiólogos.

O primeiro piloto foi aplicado em abril de 1996, em 49 fonoaudiólogos, e constava de 9 perguntas. O segundo foi aplicado em maio de 1996, em 40 fonoaudiólogos, e constava de 11 perguntas.

### **3.2.a. O grupo pesquisado**

Todos os fonoaudiólogos que responderam aos questionários eram alunos do CEFAC, Centro de Especialização em Motricidade Oral na cidade de São Paulo. Os pilotos, assim como o questionário final, foram respondidos por grupos diferentes de fonoaudiólogos. Os 87 profissionais que aplicaram os 697 questionários e exames nos pais e nas crianças não participaram deste questionário que procurava conhecer a opinião do fonoaudiólogo sobre as questões alimentares dentro da terapia. Estes 202 questionários foram respondidos em sala de aula.

### 3.2.b. A análise

Os questionários foram tabulados inicialmente pela fonoaudióloga Deborah Rolim e depois conferidos pelas fonoaudiólogas Adriana Rahal e Márcia Regina da Silva. Por último, todas as questões abertas, em número de cinco, foram refeitas por mim, tendo sido criadas as categorias de acordo com as respostas encontradas.

A partir das respostas foi realizada uma análise descritiva assim como foram construídas tabelas a fim de facilitar a compreensão do material. Para tal análise, além dos próprios dados contidos no questionário, foram utilizadas referências teóricas e, principalmente, a comparação dos dados tabulados com a minha experiência clínica e docente: professora da disciplina “Motricidade Oral” nos últimos 17 anos; supervisora clínica atuando durante 15 anos e terapeuta , há 20 anos trabalhando nesta área da clínica fonoaudiológica.

O questionário encontra-se como documento integrante dos Anexos.

### 3.2.c. As perguntas, análises e tabelas

Iremos analisar as perguntas de número 1 e de número 2 em conjunto, uma vez que ambas se referem ao mesmo tema.

Tabela 28 – Distribuição absoluta e relativa das respostas dos fonoaudiólogos em relação ao que é mais prejudicado quando existe alimentação pastosa.

O que teria maior prejuízo	Número de fonoaudiólogos	%
Tono	105	52
Crescimento crânio facial	52	25,7
Mobilidade dos órgãos fono articulatórios	25	12,4
Oclusão/Mordida	15	7,4
Fala	0	0
Mais de uma resposta	5	2,5
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Tabela 29 – Distribuição absoluta e relativa das respostas dos fonoaudiólogos em relação ao que é menos prejudicado quando existe alimentação pastosa.

O que teria menor prejuízo	Número de fonoaudiólogos	%
Fala	111	55
Crescimento crânio facial	59	29,2
Oclusão/Mordida	15	7,4
Mobilidade dos órgãos fono articulatórios	14	6,9
Tono	2	1
Não responderam	1	0,5
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Conforme as Tabelas 28 e 29, o fonoaudiólogo acredita que o tono é o mais prejudicado pela alimentação pastosa, o que não está em concordância com os dados teóricos. Os principais aspectos apontados como sendo afetados pela alimentação pastosa dizem respeito ao crescimento crânio facial e à oclusão (Enlow, 1982; Moyers, 1991; Simões, 1985) e não ao tono.

No entanto, comparando outros dados das pesquisas entre si, poderíamos compreender as razões de tal afirmativa. O fonoaudiólogo diz que o tono é o mais prejudicado pela alimentação pastosa. Os pais relatam que 24,2% das crianças foram alimentadas com alimentos tipo sopas ou

mingaus (pastosos) dentro de mamadeiras e 52% das crianças, de um a dois anos, se alimentaram principalmente de pastosos e líquidos. Pelos dados encontrados na pesquisa com os pais, poderíamos dizer então que, nos dias de hoje, pelo menos metade da população entrevistada utilizou alimentação de consistência pastosa ou líquida até os dois anos de idade. No exame que os fonoaudiólogos realizaram verificou-se que 50,3% das crianças estavam de boca aberta ou semi aberta; 17,1%, com a língua entre as arcadas e 32,6%, apresentaram ceceio anterior. Ou seja, metade das crianças até os dois anos de idade, se alimentaram de pastosos e, no que diz respeito ao exame realizado pelos fonoaudiólogos foram encontrados dados como boca aberta, língua entre as arcadas e ceceio anterior, que podem ser indicativos de diminuição de tono. Desta forma, torna-se tentador e natural fazer a seguinte relação: crianças que comem comidas pastosas apresentam problemas orais que são indicativos de diminuição de tono.

Por outro lado, a oclusão alterada, que aparece em 53,1% das crianças, também favorece um padrão de boca aberta, língua interposta e ceceio anterior. Problemas respiratórios, não levantados nesta pesquisa, também podem ser causa de boca aberta com conseqüente diminuição de tono. O próprio tono diminuído pode levar à boca aberta, à interposição de língua entre dentes e ao ceceio anterior.

Ao analisarmos os quatro grupos de crianças separadamente, sendo dois deles sem problemas de oclusão e dois com alterações deste tipo, encontramos os maiores índices de interposição de língua entre dentes nos dois grupos com alteração de oclusão. Este fato parece confirmar que alterações de oclusão favorecem a interposição de língua.

Sintetizando os valores das tabelas apresentadas anteriormente, podemos observar que aproximadamente 25% das crianças entrevistadas ingeriram, no primeiro ano de vida, alimentos pastosos via mamadeiras; mais da metade fez uso de alimentos pastosos ou líquidos até os dois anos de idade; cerca de 50% permaneceram de boca aberta durante o exame fonoaudiológico e, aproximadamente 32% apresentaram ceceio anterior. Estes dados levam a crer que a alimentação de consistência mais mole e os problemas de tono podem estar relacionados.

Nas respostas do questionário alguns fonoaudiólogos ainda apontam, com relação às duas primeiras questões, dois outros aspectos que seriam influenciados pela alimentação pastosa: o crescimento facial e a oclusão. Mais especificamente, o crescimento facial foi referido por 25,7% dos profissionais enquanto que a oclusão só foi citada por 7,4%. Curiosamente, 53,1% das crianças

examinadas nesta pesquisa apresentaram problemas de oclusão. Embora não tenham sido tão relevados nas respostas dos fonoaudiólogos, a bibliografia consultada descreve o crescimento crânio facial e a oclusão como os aspectos do desenvolvimento mais freqüentemente prejudicados por uma alimentação pastosa.

Tabela 30 – Distribuição absoluta e relativa do número de fonoaudiólogos que fazem perguntas sobre alimentação na anamnese.

Respostas	n.	%
<b>Sim</b>	<b>195</b>	<b>96,5</b>
<b>Não</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>Às vezes</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Segundo a Tabela 30, somando os fonoaudiólogos que sempre fazem perguntas sobre alimentação, com os que fazem às vezes, teremos 99,5% destes profissionais abordando o tema da alimentação em suas anamneses. Por que uma freqüência tão alta?

Evidentemente porque entende-se que a alimentação possa ter uma influência sobre a queixa ou problema que levou o paciente até o consultório. Ou seja, há uma crença generalizada de que uma “má alimentação” pode causar um problema de ordem fonoaudiológica. É muito comum buscar relações entre o problema relatado e os hábitos alimentares, como se necessariamente, as ligações causais entre tais fatos fossem evidentes. Consequentemente, se o fonoaudiólogo acredita que a alimentação é causa importante dos problemas miofuncionais, o que ele deve fazer já que exerce uma profissão que trata destes problemas? Primeiramente, é indispensável abordar tal tema na anamnese e, em segundo lugar, seguindo um raciocínio coerente com tal relação de causa e efeito, ao encontrar uma “má alimentação”, deve eliminá-la.

Tabela 31 – Distribuição absoluta e relativa das razões que levam o fonoaudiólogo a fazer perguntas sobre alimentação em sua anamnese.

<b>Respostas encontradas</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Porque a alimentação pode ter relação com a queixa	79	21,5
Porque a alimentação interfere no tono	52	14,1
Porque a alimentação interfere na mastigação	36	9,8
Para conhecer a alimentação utilizada	32	8,7
Porque a alimentação interfere na fala	29	7,9
Porque a alimentação interfere na oclusão e mordida	25	6,8
Porque a alimentação interfere na mobilidade dos órgão fono articulatorios	23	6,3
Porque a alimentação interfere na deglutição	22	6
Para verificar o desenvolvimento do sistema sensorio motor oral	22	6
Porque a alimentação interfere no crescimento crânio facial	21	5,7
Porque a alimentação interfere na respiração	6	1,6
Outros	21	5,7
<b>Total</b>	<b>368</b>	<b>100</b>

Na Tabela 31, foram incluídos em “*outros*”, motivos que foram citados, no máximo, até três vezes: postura de OFA, nutrição, desenvolvimento neurológico, condições de saúde, dificuldades de aprendizagem, ATM, assimetria facial, baba, voz, chupeta e mamadeira, distúrbios no desenvolvimento, relação mãe - bebê, e dinâmica familiar.

A partir de minha experiência em aulas e supervisões, imaginei que a maior parte dos fonoaudiólogos fosse responder, diretamente, que perguntas sobre alimentação eram feitas na anamnese por entenderem que a alimentação poderia estar relacionada à queixa. Porém, apenas 21,5% dos entrevistados responderam que faziam perguntas sobre alimentação para verificar a relação com a queixa.

Apesar de na pergunta n.º 1, 52% dos fonoaudiólogos terem dito que o tono é o aspecto mais prejudicado pela alimentação pastosa, podemos observar nesta questão de n.º 4 que tal afirmativa não se manteve uma vez que apenas 14,1% dizem que fazem perguntas sobre alimentação acreditando que a mesma interfira no tono.

Embora a literatura especializada aponte uma forte relação entre problemas oclusais e alimentação, encontramos somente 6,8% dos fonoaudiólogos fazendo esta ligação na anamnese. O mesmo ocorre no que diz respeito ao crescimento crânio facial: apenas 5,7% dos fonoaudiólogos

justificaram suas razões com base em tal relação. Conforme vimos no capítulo 2, a literatura é farta em relação a este aspecto.

As respostas encontradas levam a pensar que, embora o fonoaudiólogo acredite que o tono é o mais prejudicado com a alimentação pastosa, ele não está pensando exatamente nesta relação quando pergunta o que o paciente come ou comeu na sua vida. Tais respostas também indicam que o fonoaudiólogo tem crenças que não se baseiam em teorias, uma vez que, de acordo com a literatura, o crescimento e a oclusão são os aspectos mais prejudicados pelos hábitos alimentares e não as funções orais. Encontramos aqui 24,2% dos fonoaudiólogos preocupados com tais funções (mastigação, fala, deglutição e respiração) e apenas 12,5% preocupados com o crescimento e oclusão.

Observamos na Tabela de número 29 que 55% dos fonoaudiólogos responderam que a fala era a função menos prejudicada pela alimentação. Na tabela 31, 7,9% dizem que acreditam que a função da fala pode estar prejudicada pela alimentação. Portanto, a função da fala, isoladamente, não é, por eles, muito relacionada com a alimentação pastosa.

Exemplos de respostas encontradas nos questionários respondidos pelos fonoaudiólogos em relação à fala:

1. *Por acreditar que estão relacionados com a fala.*
2. *Para poder relacionar com outros dados da anamnese, como articulação.*
3. *A alimentação inadequada poderá influenciar de forma negativa na fala.*
4. *Porque é óbvia sua relação com a fala.*
5. *Porque se a queixa for direcionada para a fala, há interesse em questionar o que pode ser responsável por isso.*
6. *Desde que haja queixa de problema de fala...*
7. *Para verificar as possíveis causas da alteração de fala.*
8. *Para verificar o tipo de alimentação e como este está influenciando na linguagem oral.*
9. *A alimentação pode influir na motricidade oral e na linguagem do indivíduo.*
10. *Para compreender melhor a relação de como está a alimentação com a fala.*

Um outro item interessante observado na Tabela 31, é que 8,7% dos fonoaudiólogos parecem fazer perguntas sobre a alimentação sem ter razões claras para tanto. Isto pode significar um desconhecimento das relações entre alimentação e problemas de motricidade oral. Provavelmente, como perguntas deste tipo, de uma forma geral, são feitas rotineiramente nas anamneses, alguns profissionais irão reproduzi-las sem refletir sobre o significado das mesmas.

Tabela 32 – Distribuição absoluta e relativa do número de fonoaudiólogos que faz orientações para mudanças de hábitos alimentares.

<b>Respostas</b>	<b>Número de fonoaudiólogos</b>	<b>%</b>
Sim	144	71,3
Às vezes	58	28,7
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Observamos, na Tabela 32, que 71,3% dos fonoaudiólogos afirmam que fazem orientações no sentido de mudar os hábitos alimentares de seus pacientes enquanto que 28,7% adotam tal procedimento assistematicamente, ou seja, às vezes. Não houve afirmações no sentido de não serem realizadas orientações. A maioria dos fonoaudiólogos sempre faz orientações sobre mudanças dos hábitos alimentares sendo que uma minoria só faz em determinados casos. Isto significa que, de uma forma geral, todos devem admitir que é necessário tal tipo de orientação, no mínimo em algumas situações.

Voltando à tabela 30, vemos que 96,5% dos fonoaudiólogos sempre fazem perguntas sobre alimentação e que, na tabela de número 32, todos, sem exceção, orientam mudanças nos hábitos alimentares. Estes dados nos mostram que a alimentação é considerada como um fato importante nas crenças, ou pressupostos, desta profissão.

Tabela 33 – Distribuição absoluta e relativa das razões que levam o fonoaudiólogo a orientar mudanças nos hábitos alimentares.

<b>Fatos que levam à orientação dos hábitos alimentares</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Alimentação pastosa ou uso prolongado de mamadeira	93	19,2
Tono diminuído	90	18,6
Mastigação inadequada	64	13,2
Dificuldade de deglutição	59	12,2
Alterações oclusais	49	10,1
Alterações de fala	42	8,6
Respiração bucal	19	4
Problemas de ATM	17	3,5
Baba	14	2,9
Problemas neurológicos	12	2,5
Alteração do sistema sensório motor oral	11	2,3
Alterações do crescimento crânio facial	9	1,9
Hábitos orais inadequados (chupeta ou dedo)	6	1,2
<b>Total</b>	<b>485</b>	<b>100</b>

Segundo a Tabela 33, a principal razão que leva o fonoaudiólogo a orientar mudanças de hábitos alimentares é o fato do paciente estar se alimentando com comidas pastosas ou usando a mamadeira por mais tempo do que o esperado. O segundo fato motivador é o paciente apresentar uma hipotonia.

Quanto ao primeiro caso, ou seja, o uso de alimentação pastosa ou de mamadeira por tempo prolongado, é interessante notar que este fato, por si só, pode provocar a realização de orientações para mudança de hábitos, mesmo quando não se observam, no paciente, alterações que pudessem ser atribuídas a este uso considerado inadequado.

Relembrando, os fonoaudiólogos, de acordo com as respostas da tabela 28, tendem a considerar o tono como o aspecto mais prejudicado pela alimentação. Assim sendo, a segunda principal razão apontada na tabela 33, que é o tono, mostra-se coerente com a hipótese da relação tono – mastigação: se o tono está prejudicado, deve-se interferir, via orientação, nos hábitos

alimentares. Ao lado destas duas principais razões, podemos observar uma diversidade de outros motivos, que podem ser considerados como menos relevantes em razão da menor incidência que apresentam.

Como podemos comprovar, muitas podem ser as razões que levam o fonoaudiólogo a realizar orientações acerca da alimentação. Tal fato reflete, como apontamos, a crença de que certos padrões alimentares, considerados inadequados, exercem função causal em um grande número de alterações. Porém, nem sempre tal relação está clara, ou pode ser comprovada, o que significa que o peso ou valor atribuído à alimentação está superestimado: o que tem a ver, por exemplo, sucção de chupeta e dedo com alimentação?

Vemos, por outro lado, que são poucos os que justificam suas orientações alimentares em função de problemas oclusais e, menos ainda, em razão de problemas ligados ao crescimento crânio facial. Vale a pena reforçar o que já foi apontado: a alimentação tem uma grande influência sobre os padrões de oclusão dentária e de crescimento crânio facial. Este tema traz grande interesse à Odontologia que muito tem investido no estudo de tais relações. Tem sido possível observar que, em função da proximidade entre a Odontologia e a Fonoaudiologia, estas investigações estão começando a repercutir, com maior força, em nossa atuação. Portanto, podemos esperar que nossas crenças mais antigas, mas nem sempre sustentadas cientificamente, a respeito da alimentação e das funções orais venha a se transformar, resultando em conhecimentos mais consistentes.

Tabela 34 – Distribuição absoluta e relativa dos índices de efetividade das orientações sobre alimentação propostas para as famílias.

Orientação é ou não seguida	Número de fonoaudiólogos	%
Sim	36	17,8
Não	3	1,5
Às vezes	145	71,8
Não sei	17	8,4
Não respondeu	1	0,5
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Segundo a Tabela 34, a maioria dos fonoaudiólogos, afirma que suas orientações só são seguidas às vezes. Somente três fonoaudiólogos admitiram que as orientações não são seguidas. Esta foi a questão que, inicialmente, mais me intrigou. Afinal, eu tinha inúmeros relatos de supervisão que, durante anos, me mostravam que as orientações, de uma maneira geral, não eram seguidas. Então, por que apenas 1,5% dos fonoaudiólogos fazem esta afirmação? Será que, realmente, as orientações são seguidas, como afirmam 17,8% dos fonoaudiólogos? Tenho observado, ao longo dos anos, tanto em conversas informais quanto em supervisões, que o mesmo não ocorre com tal frequência.

É compreensível a dificuldade que as famílias apresentam para mudar seus hábitos alimentares, principalmente quando os mesmos seguem padrões e costumes generalizados de alimentação. Parece-me que, para os fonoaudiólogos, é difícil admitir o insucesso tão frequente das tentativas de mudanças que são propostas, principalmente porque, como revela o questionário, acredita-se que a alimentação seja a causadora de muitos problemas miofuncionais. Admitir, por escrito, estes “fracassos”, ou seja, que pais e pacientes não cumprem as diretrizes dadas é, de fato, muito difícil: é como se atestássemos que não temos competência para fazer cumprir algo que consideramos importante.

No último ano, durante meu trabalho de supervisão, sempre que surgia um caso no qual o fonoaudiólogo relatava que seu paciente não estava cumprindo as orientações dadas sobre mudanças de hábitos alimentares, eu solicitava, por escrito, um registro deste fato.

Apesar das inúmeras vezes que este tipo de problema surgiu como tema de supervisões com diferentes profissionais e, apesar de minha insistência, durante um ano inteiro só consegui que três fonoaudiólogas escrevessem sobre este assunto, as quais autorizaram a publicação neste trabalho. Estes depoimentos têm um imenso valor, uma vez que falam, explicitamente, das dificuldades

encontradas quando se propõe mudanças de hábitos alimentares. Meus especiais agradecimentos a estas fonoaudiólogas que, com seus depoimentos que revelam uma atitude reflexiva e maturidade profissional, podem nos ajudar a questionar normas e crenças que, com muita frequência, não se mostram efetivas. (Ver anexos)

Tabela 35 – Distribuição absoluta e relativa referente à atribuição de culpas pelo não seguimento das orientações.

De quem é a culpa	Número de fonoaudiólogos	%
Família	97	56
Paciente	56	32,4
Fonoaudiólogo	20	11,6
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>

Para os 3 fonoaudiólogos, 1,5%, que responderam “não”, a culpa recai sobre a família que não aceita, não compreende, ou não valoriza o aspecto alimentação. Atribuir a causa do não cumprimento à família faz parecer que a orientação, “mude seus hábitos alimentares”, é boa e correta e que não é culpa do profissional se a família não segue as sugestões dadas. De acordo com os resultados encontrados por Gomes (1995 e 1998) em uma pesquisa a respeito de quais são os fatores de insucesso terapêutico, vistos do ponto de vista dos fonoaudiólogos, os 130 profissionais que foram entrevistados responderam que os insucessos da terapia são, em 40,4% dos casos, devidos à atuação inadequada dos pais e, 37%, à atuação dos próprios pacientes. Apenas 20% dos fonoaudiólogos admitiram a possibilidade de serem responsáveis pelos insucessos terapêuticos.

Voltando aos nossos dados, segundo a Tabela 34, 71,8% dos fonoaudiólogos responderam que suas orientações para mudanças de hábitos alimentares são seguidas “às vezes” sendo que as justificativas para esta falta de regularidade também recaem sobre a família e ou sobre o paciente. São poucos os que atribuem, a si mesmos, os motivos que podem levar a uma orientação mal sucedida.

É interessante observarmos que ninguém assinalou que os hábitos alimentares não são fatos isolados, que estão ligados à cultura e a um sistema de valores atribuídos à alimentação. Daí a dificuldade de mudar tais hábitos, principalmente quando a orientação tende a ir contra aquilo que está estabelecido como norma ou tendência em um determinado momento. Como todos os costumes,

também os hábitos alimentares têm mudado com o decorrer dos anos, e mudado para todos nós. Se compararmos nossa alimentação com aquela de nossos avós, já encontraremos uma série de modificações: minha avó, por exemplo, cozinhava feijão em panela de ferro, minha mãe em panela de pressão. Eu, por minha vez, compro feijão previamente cozido. As crianças comiam exatamente a mesma comida que os adultos. Hoje, uma série de restaurantes oferece até cardápio especial para crianças: hambúrguer, salsicha e batata. É como se elas precisassem de uma comida especial, que talvez venham a passar mal caso se alimentem como os adultos. Sinal de novos tempos. Qual será a alimentação “correta”: a nossa atual, a de nossos pais ou a de nossos avós? Podemos ir além e perguntarmos qual será, de fato, a importância da alimentação para a correção dos problemas fonoaudiológicos, principalmente se pensarmos nas transformações que ela vem sofrendo?

De acordo com a Tabela 34, 8,4% dos fonoaudiólogos afirmam não saber se suas orientações são seguidas. Isto significa que não há um controle ou acompanhamento mais rigoroso. Podemos levantar a hipótese de que, se tal controle não acontece, é porque a mudança requerida não está sendo considerada como realmente importante. Talvez o fonoaudiólogo oriente simplesmente porque assim aprendeu e, como a maioria, age desta forma. Talvez tenha até mesmo realizado orientações com maior controle mas que, por não terem produzido os resultados esperados, levaram a uma atitude mais passiva, de orientar como que por obrigação, sem o monitoramento de mudanças reais.

Em razão de nas supervisões e cursos raramente aparecerem relatos de casos de pacientes que seguem as orientações e que, efetivamente, mudam seus hábitos alimentares, causou-me certa surpresa observar que 20,3% dos fonoaudiólogos responderam que seus pacientes assim se comportam. Fica uma dúvida porque não é o que realmente encontramos na prática clínica em geral. Muitos pacientes seguem orientações chegando a modificar a maneira como se alimentam, mas sem alterar aquilo que estão acostumados a comer. Esta é uma das minhas hipóteses. Parece haver uma confusão entre o que podemos considerar como maneira de se alimentar (comer de boca aberta, mastigar de um lado só, colocar muita comida na boca, mastigar pouco, engolir sem mastigar, fazer ruído ao mastigar, etc.) e tipo de alimentação utilizada pelo paciente. É mais fácil, realmente, trabalharmos com modificações de maneiras de se alimentar do que obtermos mudanças relativas àquilo que se come.

Tabela 36 – Distribuição absoluta e relativa dos índices de controle sobre o seguimento das orientações.

<b>Respostas</b>	<b>Número de fonoaudiólogos</b>	<b>%</b>
Sim	175	86,6
Não	1	0,5
Às vezes	23	11,4
Não respondeu	3	1,5
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Esta foi outra questão cujas respostas me surpreenderam uma vez que 86,6% dos fonoaudiólogos responderam que verificam se as orientações são seguidas. Esta não era minha expectativa uma vez que em situações de conversas informais assim como em supervisões e cursos, o que se afirma é que raramente, no desenrolar dos tratamentos, ocorrem verificações sobre o seguimento das orientações alimentares. Perguntas com esta finalidade, quando ocorrem, são mais frequentes no início do processo terapêutico. Como raramente as orientações sobre o que comer são seguidas, em geral, esquece-se o assunto. O controle tende a tornar-se mais intenso quando não ocorre o sucesso esperado na terapia: é preciso encontrar uma boa razão para tanto. Nestes casos há uma cobrança maior pelo fonoaudiólogo no sentido de que suas orientações sejam seguidas.

Como já foi salientado, trabalhamos, até de um modo não consciente, muito mais com mudanças de modo do que propriamente daquilo que se come. As mudanças com relação aos alimentos oferecidos são frequentemente verificadas quando há risco de vida iminente. Este é o caso de pacientes com certas dificuldades neurológicas, apresentando problemas de disfagia, os quais podem, muitas vezes, ser contornados via modificação da consistência dos alimentos. Se não há riscos neste sentido, é muito difícil mudar hábitos alimentares considerados inadequados. É muito fácil para uma mãe perceber, por exemplo, que não é somente seu filho que está comendo alimentos pastosos, que esta é a forma de proceder da maior parte das pessoas que estão à sua volta. Além do mais, produtos pastosos são maciçamente alardeados pela propaganda como sendo a última novidade em alimentação sadia. Esta é uma realidade que parece passar despercebida para muitos fonoaudiólogos. Por outro lado, apenas um fonoaudiólogo, nesta questão, admitiu não perguntar nada sobre o assunto.

Tabela 37 – Distribuição absoluta e relativa dos índices relativos à forma de controle de seguimento das orientações.

<b>Respostas</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Questionando a família ou o paciente	202	58,4
Observando na terapia, reavaliando, vendo ele comer	94	27,2
Pela evolução da queixa ou melhora do tono, mobilidade, postura	47	13,6
Não respondeu ou não tem certeza	3	0,9
<b>Total</b>	<b>346</b>	<b>100</b>

Segundo a Tabela 37, estas respostas estão de acordo com o que se observa, freqüentemente, nas supervisões ou no dia a dia dos consultórios. Quando se quer saber se algo que foi sugerido está sendo cumprido pergunta-se para o paciente e para sua família.

A segunda forma de comprovar se as indicações estão sendo seguidas é exatamente aquela que 27,2% dos fonoaudiólogos descreveram: observar ou reavaliar em terapia. Em outras palavras, se o paciente está evoluindo, e seu problema, de acordo com a visão do fonoaudiólogo, tem a ver com a alimentação, isto significa que a família deve estar seguindo as orientações dadas. De fato, este procedimento de avaliar mudanças em terapia, desde que tenha regularidade, pode ser uma forma efetiva de se controlar o seguimento de orientações.

Perguntar para os pais ou para o próprio paciente pode parecer um método mais seguro pois, se eles afirmam que mudaram os hábitos alimentares, fica-se tranqüilo. Vamos nos colocar no lugar do paciente que é questionado a este respeito, tendo sido anteriormente orientado para seguir determinado programa alimentar. De maneira geral, ele responde que sim ou que, no mínimo, cumpriu praticamente toda a orientação. Neste caso, parte-se do princípio de que as afirmações são corretas. Porém, conflitos podem surgir na medida em que, nas avaliações e controles clínicos, constatamos que, na realidade, os hábitos não devem ter mudado uma vez que o problema apresentado pelo paciente continua da mesma forma. Talvez seja esta uma das razões que levam uma porcentagem significativa de fonoaudiólogos, 58,4%, a optarem por perguntar diretamente aos pais e ao paciente se estes seguiram as orientações dadas, sem haver um controle clínico.

Tabela 38 – Distribuição absoluta e relativa dos índices de comprovação de mudança de hábitos alimentares no momento da alta do paciente.

<b>Respostas</b>	<b>Número de fonoaudiólogos</b>	<b>%</b>
Sim	161	79,7
Não	8	4
Às vezes	29	14,3
Não respondeu	4	2
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Novamente fiquei surpresa com as respostas desta questão. Em 21 anos de trabalho, não tem sido comum observar os profissionais perguntando para seus pacientes, no término do tratamento se, realmente, eles cumpriram as determinações iniciais.

Quando vamos ao médico, em geral, ele nos receita alguns medicamentos. Após a cura da doença ele nunca nos pergunta se, de fato, ingerimos as drogas recomendadas. Em geral, supõe-se que as tomamos. Está implícito que isto ocorreu, principalmente se os sintomas desapareceram. O médico diagnostica que a doença é X e que, para X, deve-se tomar Y. Portanto, se a cura ocorreu, é porque devemos ter tomado Y. O que importa é que estamos curados. Quantas vezes, no entanto, a melhora ocorre mesmo sem que tenhamos nos medicado da forma recomendada. O paciente dificilmente comentaria isto com o médico. Muitas vezes, no entanto, os pacientes relatam a parentes e amigos que não tomaram o medicamento. Ou pior, que foram à farmácia e o “farmacêutico” (em geral um balconista vendedor), muito sabiamente, receitou outro medicamento, “melhor e mais eficaz”. Embora possa ter consciência de tais fatos, não faz parte da rotina dos médicos questionar seus pacientes a este respeito.

Algumas vezes recebo pacientes que já foram submetidos à terapia fonoaudiológica. Nestes casos, é comum as mães relatarem em tratamentos anteriores havia sido recomendada uma série de exercícios para serem feitos regularmente em casa. Como os mesmos não foram cumpridos, e muito menos relatado ao fonoaudiólogo, é comum que estas mães tragam consigo um misto de sentimento de culpa e de dúvidas: será que a terapia anterior não funcionou porque houve uma omissão por parte dela e do filho, ou será que o problema poderia ser atribuído à competência do profissional? Fatos como este mostram que não é uma prática rotineira aos fonoaudiólogos perguntarem, no final de processos terapêuticos (e muitas vezes nem mesmo no desenrolar dos tratamentos), se as determinações iniciais foram cumpridas. Daí a surpresa com os valores da Tabela 38, segundo a qual

79.7% dos fonoaudiólogos asseguram que, no momento da alta, confirmam se ocorreram mudanças nos hábitos alimentares.

O que mais se observa, e que é comprovado nas supervisões, é que as orientações sobre hábitos alimentares são dadas nas primeiras sessões e, praticamente, “esquecidas” pelos terapeutas no decorrer do tratamento. Se o processo caminha bem, não se comenta mais sobre hábitos alimentares. Fica implícito, como apontamos, que as orientações estão sendo seguidas. Deve ficar claro que não estamos nos referindo, neste trabalho, a casos neurológicos, ou de problemas alimentares mais severos, que colocam em risco a vida do paciente. Nestes casos, não tenho dúvidas, as orientações são controladas e seguidas mais rigorosamente.

Não estou afirmando que os fonoaudiólogos não estivessem dizendo a verdade ao afirmarem que, no momento da alta, conferem com a família a mudança dos hábitos alimentares que tenham sugerido. É muito provável que, frente a esta pergunta que é tão pouco usual, os profissionais acabaram respondendo o que lhes pareceu mais lógico. De qualquer forma, seria realmente muito interessante e saudável para as práticas clínicas se verificássemos o que é efetivo e viável nas nossas orientações. Caso constatássemos, de modo sistemático, que nossas orientações em termos de alimentação não são seguidas como imaginamos e que, mesmo assim, as alterações, na maior parte das vezes desaparecem, ficaria comprovado que as mesmas, não necessariamente, representam um procedimento terapêutico necessário e eficaz.

Muitos fatores interferem na melhora de cada caso. Não sabe-se, ao certo, o quanto a alimentação tem a ver com cada queixa específica. Em geral aprendemos, desde nossa formação, que a alimentação pastosa, como que por definição, traz problemas. Então, por via das dúvidas, fazemos as chamadas orientações. Vale reforçar que, no dia a dia do consultório, quando um caso está seguindo bem, não há necessidade de verificar se está havendo mudança nos hábitos alimentares pois o objetivo principal, que é a resolução da queixa, está sendo alcançado. Caso não haja melhora, procura-se a causa. Será que é a alimentação? Será que é o tono? Será que falta fazer exercícios de motricidade oral? Como não se sabe exatamente qual é a natureza do problema, faz-se um pouco de tudo na tentativa de resolver a queixa inicial.

Tabela 39 – Distribuição absoluta e relativa da atitude do fonoaudiólogo frente à alta estando a queixa resolvida sem que tenham ocorrido mudanças nos hábitos alimentares.

<b>Respostas</b>	<b>Número de fonoaudiólogos</b>	<b>%</b>
Sim	96	47,5
Não	23	11,4
Às vezes	66	32,7
Não responderam	17	8,4
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Com relação à Tabela 39 podemos observar que, se somarmos os que afirmam dar alta com aqueles que dizem assim proceder algumas vezes, teremos 80,2% dos fonoaudiólogos que optam por encerrar o tratamento mesmo que os hábitos alimentares não tenham sido modificados. Uma parcela de 11,4% afirma não dar alta, enquanto 8,4% parecem ter ficado sem palavras diante desta questão. Uma dúvida: será que, no momento de responder ao questionário, eles deram-se conta de que dão alta para seus pacientes mesmo quando não ocorreram as tão esperadas mudanças nos hábitos alimentares? Será que esta possível tomada de consciência deixou-os imobilizados, sem resposta? Espero que sim, pois situações como esta levam a uma reflexão mais aprofundada sobre nossas práticas. Voltando ao muito que tenho aprendido nas supervisões, via de regra, nada se pergunta quando a queixa principal foi resolvida. Conseqüentemente, os tratamentos chegam a um término sem que se tenha uma idéia precisa acerca do que realmente aconteceu com a alimentação do paciente.

O importante é a resolução da queixa inicial, tanto para os pacientes como para a família, e, principalmente, para o terapeuta. Casos de sucesso são fundamentais para qualquer profissional da saúde. Parece ficar sem sentido afirmar que, embora tenham sido resolvidos todos os problemas que levaram o paciente ao tratamento fonoaudiológico, a terapia irá ter continuidade porque a causa, hábitos alimentares inadequados, permanece. Soa mais sensato explicar ao paciente que a alimentação poderia ser um dos fatores causais, mas não o único e que, para ele, felizmente, a permanência dos hábitos não fez diferença no resultado. Ou, o que é mais comum, não se toca no assunto alimentação, incluindo o paciente e sua família, uma vez que não seguiram as recomendações. E o que é mais importante, acima de tudo, é a felicidade de receber alta. Para o fonoaudiólogo o que importa, na realidade, é valorizar que o paciente ficou bom e não ressaltar o que ele não fez.

O interessante é que parte dos fonoaudiólogos que disseram que não dão alta, mesmo que a queixa inicial tenha sido resolvida, como veremos na pergunta seguinte, quando tiveram que justificar a razão de suas respostas, afirmaram que faltava trabalhar com a mudança da alimentação, como se este fosse “o problema”. Os demais empregam argumentos que podem soar como ameaça de possíveis recidivas, caso não ocorram mudanças nos hábitos alimentares.

Tabela 40 – Distribuição absoluta e relativa indicativas dos argumentos empregados pelos fonoaudiólogos para justificar a alta quando não houve mudanças nos hábitos alimentares.

<b>Justificativas</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Não tem sentido continuar se a queixa já foi resolvida	36	37,5
O terapeuta dá alta fazendo orientações e/ou reavaliando	28	29,2
A responsabilidade é do paciente, não há colaboração da família, é difícil mudar hábitos alimentares	18	18,7
Talvez a alimentação não fosse a causa da queixa inicial	14	14,6
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

A Tabela 40 expõe as justificativas empregadas pelos 96 fonoaudiólogos, (47,5% da amostra) que responderam que dão alta para seus pacientes, mesmo quando não houve mudança de hábitos.

Observamos que 37,5% dos fonoaudiólogos, assumiram que não haveria sentido continuar com a terapia se a queixa já havia sido resolvida. Outros 29,2% sabem que têm que dar alta, no entanto, apontam uma necessidade de orientações ou reavaliações de tempos em tempos. É importante aqui ressaltar o que prática nos mostra: quando damos alta a um paciente que está com seu problema inicial solucionado ele tende a não voltar para reavaliações, independentemente da importância que possamos estar atribuindo a ela. Infelizmente, este é um dos grandes problemas que encontramos uma vez que torna-se praticamente impossível acompanhar os desdobramentos que o trabalho fonoaudiológico possa vir a ter. Por outro lado, no caso de recidivas, observamos que dificilmente o paciente retorna para tratamento com o profissional que o atendeu anteriormente, provavelmente por considerá-lo não capacitado para resolver o problema. Assim sendo, raramente temos a oportunidade de conferir os resultados, a prazos mais longos, de nossas práticas e orientações.

Outros 18,7% fazem crer que a alta ocorre como que por um esvaziamento do tratamento: a família não colabora no sentido de promover as mudanças ou já não há muito o que fazer com o paciente na terapia

É interessante notar que parece não estar ocorrendo a estes profissionais que, se houve modificação do quadro inicial, apesar da não modificação dos padrões de alimentação, pode ser que a causa do problema não estivesse aí localizada. Seguindo tal tipo de raciocínio, somente 14,6% dos fonoaudiólogos levantaram a hipótese de que, provavelmente, a alimentação não fosse a causa inicial do problema apresentado. Portanto, a alta se justifica plenamente.

Tabela 41 – Distribuição absoluta e relativa indicativa dos argumentos empregados pelos fonoaudiólogos para justificar que somente às vezes dão alta para os pacientes que não modificaram seus hábitos alimentares.

<b>Justificativas</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
O terapeuta dá alta fazendo orientações, às vezes sugerindo reavaliações	23	34,8
A alta depende do P. ou da família, ou, o P. precisa querer mudar a alimentação	15	22,8
O T. avisa que pode dar problema no futuro, sugerindo a continuidade do tratamento	13	19,7
Se não vai dar problemas dá alta, ou, a alimentação vai mudar com o tempo, ou, é muito difícil mudar hábitos alimentares	9	13,6
Talvez a alimentação não fosse a causa da queixa inicial	6	9,1
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**Para os 66 fonoaudiólogos que responderam que dão alta às vezes, a Tabela 41 mostra as justificativas empregadas.**

Vemos que as justificativas destes fonoaudiólogos, que dizem dar alta somente às vezes, vistas mais de perto, são praticamente as mesmas utilizadas por aqueles que afirmam que sempre dão alta. Parece, porém, ter havido um certo receio em afirmar que é possível dar alta quando a queixa inicial está resolvida, apesar da não modificação nos hábitos alimentares. Talvez esta pergunta tenha feito com que eles, pela primeira vez, se defrontassem com esta realidade contraditória: encerrar um tratamento sem ter eliminado a causa do problema.

Os profissionais deste segundo grupo também sugerem reavaliações após a alta, apontam a não colaboração do paciente e da família, advertem sobre possíveis recidivas, e assim por diante. Apenas 9,1% pensam na possibilidade de que a alimentação poderia não ser a causa do problema.

A leitura atenta dos questionários revelou, com nitidez, que o mesmo produziu uma espécie de desequilíbrio, o que parece ter levado muitos dos fonoaudiólogos a fazerem afirmações sobre atitudes que, provavelmente, não correspondem àquelas que assumem na prática. Não temos, dentro da Fonoaudiologia, uma postura de questionamento a respeito da alimentação. Seu papel parece tão óbvio que ninguém se atreve a contestar qualquer fato que possa ser contraditório. Porém, numa situação que leva a refletir mais profundamente sobre o tema, surgem os conflitos e, por sua vez, as tentativas de respostas que nem sempre correspondem à realidade do que se faz. Como já foi apontado, as altas, em geral, são dadas independentemente do que tenha ocorrido com a alimentação.

**Para os 23 fonoaudiólogos que responderam que não dão alta, sem que os hábitos tenham sido modificados, as justificativas foram as expostas na Tabela 42.**

Tabela 42 – Distribuição absoluta e relativa indicativa dos argumentos empregados pelos fonoaudiólogos para justificar por que não dão alta para os pacientes que não modificaram seus hábitos alimentares.

Justificativas	n.	%
Não se pode dar alta porque vai dar recidiva	13	56,5
Não se pode dar alta, pois falta trabalhar a mudança da alimentação	10	43,5
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Para os 56,5% dos fonoaudiólogos que afirmam que não dão alta se não houve mudanças nos hábitos alimentares, as justificativas recaem numa possível recidiva do problema. Para os outros 43,5%, as justificativas novamente revelam uma confusão entre o problema inicial e a causa pressuposta. O argumento “Não se pode dar alta, pois falta trabalhar a mudança de alimentação” evidencia uma falsa relação de causa e efeito. Em outras palavras, não há uma contradição sentida pelo próprio fonoaudiólogo quando afirma que determinado padrão alimentar provoca o problema X e quando constata que X não mais existe, mesmo quando tal padrão alimentar persiste. Desta forma, a suposta causa de uma alteração superada, passa a configurar-se como um novo problema.

## **Considerações Finais**

## Considerações Finais

### Comer - uma linguagem

Comer é um prazer, é um ato social. Pode ser uma celebração. Acontecimentos importantes da vida merecem comemoração. Agindo como se fosse uma linguagem, a comida irá revelar muitas coisas: o poder econômico de quem celebra, sua cultura e, até mesmo, a importância do acontecimento. Difícil comeremos sozinhos. É até mesmo triste. Quando temos que fazê-lo, ligamos a televisão ou lemos. Parece que as palavras dos outros se fazem presentes quando recorremos à televisão ou a algo para ler. Como dissemos, um ato social: a comida, o outro e suas palavras. Sozinhos, comemos mais rápido. Nem precisamos arrumar a mesa.

Quando a comida dá prazer, comemos mais. Enquanto comemos com amigos ou com parentes, conversamos, interagimos. Quando se fala de alimentação, raramente estamos pensando nas funções puramente fisiológicas que ela deve preservar. Quantas pessoas, enquanto comem, ficam imaginando o papel que o alimento desempenhará no funcionamento de sua musculatura orofacial, em sua fala, em sua oclusão ou em seu crescimento facial? Via de regra, quando muito, pensamos nos efeitos da comida sobre nosso peso ou saúde. E o que é pior, as comidas que dão mais prazer são aquelas que mais engordam ou fazem mal, como se fosse um preço a ser pago. Ao cozinhar pensamos, no máximo, no aspecto nutricional. Muitas vezes, quando estamos cozinhando ou quando estamos no mercado escolhendo o que levaremos para casa, nossa intenção é a de agradar alguém ou a nós mesmos. Pensamos na beleza dos pratos e no seu gosto. A gastronomia norteia nossas compras, nossa cozinha e nosso coração.

A escolha do alimento vai depender de uma série de fatores, muitos deles já pré-determinados. Isto é tão óbvio, quanto complicado. É óbvio porque todos sabemos o que devemos e o que não devemos comer. Sabemos também como se come e com quem se come. É como se “naturalmente” soubéssemos tudo o que cerca a alimentação, saber este que se revela desde muito cedo. Podemos também dizer que é complicado porque o que se come e o que não se come pode variar de uma forma significativa de um lugar para o outro. Neste caso, a noção de lugar assume um

sentido muito vasto, podendo corresponder a todo um continente; a uma grande região; a um país; a um estado; a uma cidade; a um bairro; a cada família ou mesmo a cada indivíduo e mais ainda, a cada indivíduo nas várias fases de sua vida. Ou seja, tal noção refere-se às possíveis diferenças em relação à alimentação, desde as mais amplas até as mais específicas. Isto significa que aquilo que consideramos como “naturalmente sabido” também corresponde a elementos “culturalmente aprendidos” (Magalhães, 1992).

Enfim, a comida é mais do que alimento: é uma linguagem que projeta condições culturais, sociais e econômicas. Nesta linguagem, como bem adverte Claude Lévi-Strauss (Queiroz, 1994), a sociedade traduz inconscientemente a sua estrutura ou então, sem que disso suspeite, nela extravasa as suas próprias contradições.

### **O começo de tudo: um pouco de nossa história evolutiva**

Os primórdios da humanidade e as etapas de sua evolução têm sido investigadas pela Paleontologia através do estudo de fósseis, assim como pela Taxionomia, através da comparação da biologia humana com a de outros seres vivos. Desde o princípio e, através de milhões de anos, têm vagado sobre a face da terra os predecessores do homem, o próprio homem e seus descendentes, explorando-a em busca de alimentos. Desta evolução gradativa através dos tempos, fica-nos um legado filogenético, resultante de muitas experiências, no qual se fundamentam muito de nossos conhecimentos e preferências alimentares (Ornellas, 1978).

Hoje não existem fronteiras alimentares. Podemos comer tudo o que desejarmos, desde que possamos comprar. Contudo, ao lado dos fatos da modernidade, o homem, reproduzindo sua história evolutiva, continua buscando maneiras de facilitar seu trabalho, ou seja, uma revolução após a outra tem sucedido a revolução neolítica (pedra polida).

Em essência, nada mudou. Continuamos em busca da praticidade e, empregando um termo tão apregoado na era moderna, também estamos em busca de qualidade. O ser humano do passado aprendeu a cultivar a terra e a domesticar pequenos animais. Conseguiu, assim, contornar os riscos e incertezas da caça predatória. Acabou também por descobrir formas de conservar os alimentos por períodos mais prolongados, inventando o armazenamento. Legumes e cereais passaram a ser cozidos para se tornarem mais tenros, mais macios. Inventaram-se papas, canjas e cozidos para alimentar crianças e idosos. Estas transformações deram início à arte de cozinhar. Hoje, com todo o progresso,

compra-se o alimento pronto, congelado. Em breve, podemos até mesmo prever, será possível a compra de pilulas que economizarão tempo e dispensarão o uso de fornos, louças e talheres. Tudo ocorrerá em nome de uma boa alimentação, ao mesmo tempo prática e saudável. Nossa história nos mostra como éramos e de onde viemos. Já conhecemos muito a respeito de nosso passado. No entanto, o que será do homem no futuro?

Ainda falando do passado, mas retomando a questão do crescimento crânio facial, podemos observar que, desde a Antigüidade, dentes apinhados, irregulares ou protruídos, assim como outras alterações relacionadas com a oclusão dentária, já se apresentavam como problemas para muitos indivíduos. Registros de tentativas para corrigir estas alterações datam, pelo menos, de 1000 anos antes de Cristo. Testemunhas destes fatos são os aparelhos ortodônticos primitivos encontrados em escavações gregas e etruscas (Proffit, 1995).

Temos, desta forma, evidências de que os problemas relativos ao crescimento crânio facial são antigos, semelhantes aos que encontramos hoje em dia. Contudo, o que chama a atenção é o fato de que, certamente, a alimentação não era a mesma que utilizamos nestes tempos modernos. São praticamente 3000 anos de diferença. Seguramente não deveriam existir os mesmos hábitos que nós temos. Isto nos leva a questionar o quanto que, na realidade, a alimentação tem a ver com os dentes e com o crescimento da face. Em outras palavras, estas alterações já existiam na presença de outros padrões de alimentação os quais podemos imaginar fossem mais adequados que os atuais.

Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos na década de 60, envolvendo sujeitos de 6 a 17 anos de idade, constatou-se que 75% dos mesmos apresentavam má oclusão: apinhamentos ântero - posteriores, verticais e transversos. A má oclusão e a distribuição dos seus tipos apresentou características variáveis de acordo com os grupos raciais, étnicos e as nacionalidades. Os problemas de Classe II tiveram maior incidência em brancos descendentes de regiões do norte europeu, enquanto que os problemas de Classe III foram mais freqüentes nas populações orientais. (Proffit, 1995).

Ter acesso a este tipo de informação, leva-me a pensar que estamos lidando com um problema antigo e intrigante. Há muito já existe uma intensa preocupação com os problemas oclusais, assim como tentativas no sentido de explicar as diferenças dentárias e de crescimento facial. Isto tudo muito antes de eu pensar em estudar Fonoaudiologia!

## A Fonoaudiologia e as suas inquietações

Desenvolver este trabalho, com o objetivo de compreender certas práticas da Fonoaudiologia, tomando como tema central a alimentação, foi a idéia diretriz desde o início. Provavelmente tudo começou em função de minhas relações afetivas com a cozinha, pelo desejo de aprender mais, de dominar uma arte. Desejo este que deve também ter-se projetado em minha vida profissional, mais particularmente no interesse em compreender, especialmente, algumas das práticas fonoaudiológicas mais freqüentes. Parece que foi questão de juntar dois ingredientes importantes de minha vida: as experiências familiares e as profissionais. Resultado: Fonoaudiologia e alimentação. Deve ficar claro, porém, que compreender não significa criticar no vazio, condenar ou criar novas regras. Tomar estas práticas como referência para uma reflexão e poder teorizar sobre elas foi, desde o princípio, a minha intenção.

A Fonoaudiologia precisa querer compreender para poder tratar. Somente a partir da compreensão de um problema é possível criar condições para tentar solucioná-lo. Certamente não foi desta forma que aprendemos a pensar. Por muito tempo ficamos presos a uma atitude de quem busca o “como fazer”, sem mesmo compreender o tipo de problema que tínhamos pela frente. Novos tempos estão chegando. Estamos mudando nossas atitudes. Estamos em busca de explicações. Estamos procurando compreender os problemas para, a partir de sua configuração particular, buscar as soluções apropriadas.

Este trabalho iniciou-se com uma pergunta: “Por que o fonoaudiólogo mantém uma prática que, em geral, não dá certo?”. Na busca de sua resposta, foi possível compreender mais do que havia sido esperado. Foi possível, por exemplo, fazer um levantamento das hipóteses e até mesmo de certas crenças que circulam nas publicações especializadas. Os questionários respondidos pelas famílias permitiram traçar uma espécie de perfil de “gourmet” das crianças de hoje. O questionário dirigido aos fonoaudiólogos permitiu analisar crenças e criar situações conflituosas que puderam documentar as contradições implícitas nas práticas de orientação alimentar. Foi possível compreender algumas razões importantes na determinação de tais práticas, assim como as dificuldades e resistências no sentido de mudanças.

Este trabalho colocou em evidência que os padrões de alimentação, assim como as características oclusais, sofrem modificações ao longo do tempo. Uma série de fatores pode estar incidindo sobre tais transformações. Na maior parte das vezes tais determinantes encontram-se fora

do controle dos fonoaudiólogos e de outros especialistas da área. Como já foi enfatizado, é muito difícil, por exemplo, modificar hábitos de alimentação de uma família que segue as tendências alimentares de sua época.

Incluir na pesquisa um grupo de crianças consideradas normais, do ponto de vista de problemas fonoaudiológicos, mostrou que suas preferências e hábitos alimentares não são diferentes daqueles que encontramos nas crianças que procuram as clínicas fonoaudiológicas e que consideramos como inadequados.

A leitura de nossa história evolutiva mostra que a alimentação tem sofrido transformações significativas, marcadas, em princípio, pela busca da sobrevivência. Os alimentos empregados na alimentação atual, entre os quais se incluem os das crianças pesquisadas, embora possamos até considerá-los inadequados, também fazem parte de um processo de mudança que ocorre em todo mundo. E mais, conforme a propaganda e a mídia procuram, de forma persistente, nos fazer acreditar, tais mudanças têm como princípio a comodidade necessária à vida moderna, sem perder a qualidade nutritiva e a atenção pela saúde. E não são poucos os que se deixam convencer.

Da pré-história chegamos à modernidade. E agora, o que virá? Como seremos no futuro, o que comeremos? Poderiam ser algumas destas características, consideradas “anormais”, sinais de novos tempos? Ou melhor, poderiam ser sinais das mudanças através dos tempos? Obviamente, não temos as respostas. Sei que parece um pouco distante e também meio sem sentido ficar fazendo especulações desta ordem. Afinal, vivemos uma situação presente, com uma série de problemas dentro do consultório esperando por soluções.

## Soluções?

Como ficou claro desde o início, a intenção deste trabalho não é a de solucionar um problema de tal dimensão. A proposta, certamente, não poderia ser tão pretensiosa. Apesar de mais modesta, ela procura, acima de tudo, ser viável. Sua ênfase, daí a importância, está na certeza de que devemos buscar, dentro de nossas práticas, uma visão compreensiva. Em outras palavras, compreensiva no sentido de questionar seus princípios e práticas, de não se repetir como que por inércia. Compreender significa buscar, pesquisar, levantar novos problemas. Significa fazer da Fonoaudiologia uma verdadeira ciência.

No tema específico aqui tratado, das relações entre alimentação, crescimento crânio facial e alterações miofuncionais, pudemos verificar que nada está resolvido de forma definitiva. Basta uma análise mais atenta da literatura. Muitas são as dúvidas e as questões a serem exploradas. Isto significa que, em terreno ainda tão frágil, nenhuma prática pode se sustentar com tanta firmeza quanto gostaríamos. Um velho ditado nos diz que a pressa é inimiga da perfeição. Poderíamos estendê-lo um pouco mais e afirmar que a certeza também pode ser inimiga da perfeição.

Falar em visão compreensiva implica uma atitude reflexiva, de tomada de consciência. Neste sentido, os questionários respondidos pelos fonoaudiólogos mostraram-se úteis para pôr em contradição questões da prática de orientação alimentar. As perguntas do questionário chegaram a causar surpresas e, até mesmo, angústias, na medida em que exigiam uma análise mais aprofundada da prática. Creio que poucas vezes estes profissionais haviam parado para pensar neste assunto e, quando assim agiram, ao sentirem contradições, ficaram paralisados, pois não encontraram saídas para as mesmas.

Contradições, de maneira geral, e não somente pela Fonoaudiologia, tendem a ser tratadas como algo fora dos padrões. Portanto, quando surgem, devem ser postas de lado, como se fossem algo problemático. No entanto, atitudes deste tipo significam tentativas de contornar um conflito, sem resolvê-lo. Refletem, na realidade, um imobilismo, uma manutenção de práticas que tendem a se perpetuar. Talvez o crescimento de uma profissão só possa se dar no confronto com as contradições e no investimento de esforços no sentido de sua superação.

Exercemos uma profissão que, por lidar com um objeto tão complexo como o homem, carrega em sua essência a possibilidade do erro. Isto significa que nossos conhecimentos, como base

de nossas práticas, podem ser insuficientes, ineficientes ou, até mesmo, inadequados. As contradições surgem quando estas práticas, postas em ação, não se adaptam à realidade, não dão conta de superar os problemas a que se propõem. No entanto, a contradição não é algo externo a nós, o que significa que pode ou não ser sentida. Em outras palavras, podemos apresentar certas resistências que acabam por impedir a percepção das contradições. São mecanismos desta ordem que podem ser invocados para explicar porque o fonoaudiólogo, muitas vezes, pode não estar percebendo fatos aparentemente “tão evidentes”. Por exemplo, se temos uma criança que se alimenta da mesma forma que muitas outras mas somente ela apresenta um determinado tipo de problema, pode ser que o mesmo não esteja sendo causado pela alimentação. Neste caso, se tal relação fosse tão determinante, todas as crianças que têm o mesmo padrão de alimentação deveriam também apresentar o mesmo tipo de problema. Podemos ir mais adiante e apontar uma nova contradição, não percebida quando, mesmo sem ter conseguido mudar os hábitos alimentares do paciente, o fonoaudiólogo consegue resolver a queixa. Continuar afirmando que a alimentação desempenhava um papel determinante no tratamento significa não ter se dado conta que os fatos entram em conflito com as suposições.

Pode-se agir como avestruz, enfiando a cabeça em um buraco para não sentir tais contradições. Se nada vemos, problemas deixam de existir. E, na ausência de problemas, não há necessidade de se procurar soluções. Melhor ser avestruz, pois não temos que fazer esforços para que o “jogo” tenha novas regras.

Procurar conhecer com maior profundidade os fatores que podem estar produzindo, em maior ou menor grau, certas mudanças que presenciamos na face, nos dentes, nas funções orais, é de fundamental importância para que se possa criar novos caminhos. Mesmos os estudiosos do assunto não se mostram ainda muito seguros sobre as possíveis relações de causa e efeito. Isto não deve ser, para a Fonoaudiologia, motivo de desânimo. Como em qualquer campo do conhecimento, as dúvidas e as incertezas devem servir de desafio para a busca de soluções mais condizentes com a realidade.

## **Novos caminhos: como encontrá-los?**

Nesta busca não podemos nos esquecer do paciente. Ele, em conjunto com o fonoaudiólogo, pode encontrar caminhos viáveis para as mudanças desejadas. A história do paciente é um dos elementos mais preciosos em um processo diagnóstico. A história pode ser até mesmo mais importante do que o exame em si. É através da história que poderemos compreender o caminho que o indivíduo percorreu em termos de sua trajetória evolutiva, assim como configurar as características do meio em que vive. Que fatores genéticos, ambientais ou culturais podem estar presentes. E mais, o que o próprio paciente busca em um processo terapêutico.

Os sinais e os sintomas encontrados no exame, aliados à história, nos ajudam a pensar determinadas possibilidades de trabalho. Estas possibilidades não podem estar desconectadas da história do indivíduo, de suas relações com o meio e dos fatores hereditários ou genéticos que apresenta. Muitos indícios, de extrema importância para um diagnóstico mais preciso, podem passar despercebidos quando repetimos, de modo praticamente automático, procedimentos que não levam em consideração as características únicas de cada um dos pacientes. Não levar em conta a individualidade e não possuir uma base suficiente de conhecimentos teóricos que permita dar sentido àquilo que está sendo relatado ou observado no exame, via de regra, podem pôr o processo terapêutico a perder.

O raciocínio clínico implica o emprego e relacionamento de conhecimentos adquiridos previamente, ver e ouvir com atenção e, acima de tudo, a consciência de que nem sempre temos, de plantão, uma teoria que se aplique, sem risco de erros, ao que estamos avaliando e pretendendo tratar.

## A terapia

A terapia, portanto, deve ser vista como algo que vai além de técnicas e exercícios. Ela deve buscar uma conscientização, mais isto só se torna possível na medida em que haja, por parte do paciente, uma compreensão do problema. Como não podia deixar de ser, significa que o próprio terapeuta deve compreender, com clareza, o problema com o qual está lidando, assim como a possibilidade de ultrapassá-lo. Aplicar exercícios e mais exercícios leva a um preenchimento do tempo da terapia, o que não significa levar à alta.

As mudanças podem ser conseguidas, desde que contextualizadas. Isto significa considerar as características e as condições de cada paciente. Mudanças são efetivas na medida em que sejam assumidas pelo próprio sujeito, consciente dos recursos de que dispõe. O terapeuta será um elemento importante quando puder entender a mudança dentro de um processo pessoal e social.

Pode parecer curioso mas, atitudes como estas, levam, obrigatoriamente, o fonoaudiólogo a compreender e a refletir sobre suas práticas e talvez até sobre sua própria vida. Quem sabe não é um ótimo caminho a ser seguido?

## Bibliografia

- AGUSTONI, C. H. - **Deglutição Atípica. Manual prático de exercícios para sua reeducação.** Enelivros, 1989. 110 p.
- ALMEIDA, B.N.P. & CHAKMATI, C.S.S. – Considerações sobre o Desenvolvimento do Sistema Fonêmico-Fonológico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, 8:(1)60-2, 1996.
- ALTMANN, E.B.C. - Deglutição Atípica. In: KUDO, A.M.; MARCONDES, E.; LINS, L; MORIYAMA, L.T. & GUIMARÃES, M. L. - **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.** Monografias Médicas Série Pediatria Volume XXXII. Sarvier, 1990. p. 116 – 31
- \_\_\_\_\_; VAZ, A.C.N.; PAULA, M.B.S.F. & KHOURY, R.B.F. Tratamento precoce. In \_\_\_\_\_ - **Fissura Labiopalatina.** São Paulo, Pró Fono Divisão Editorial, 1992. p. 281-300
- ANDERSEN, W.S. - The Relationship of the tongue-thrust syndrome to maturation and other factors. **Am. J. Orthod.**, 49:264-75, 1963.
- ANDRADE, C.R.F. & GARCIA, S.F. - A influência do Tipo de Aleitamento no Padrão de Sucção dos Bebês. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, 10:(1)40-4, 1998.
- ANSTENDIG, H. S. – Tongue thrusting in children. **Dent. Dig.**, 72:(2) 73-5, 1966.
- ARAUJO, M. C. M. – **Ortodontia para clínicos.** 3. ed. São Paulo, Santos, 1986. p.251-53.
- BARBOSA, T. C. & SCHNONBERGER, M. B. - Importância do Aleitamento Materno no Desenvolvimento da Motricidade Oral. In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J.L. & GOMES, I.D. **Tópicos em Fonoaudiologia III.** Cap. 28. Editora Lovise, 1996. p. 435 – 46.
- BARRET, M.J. – Dental observations on australian aborigenes: Yuendumu, Central Australia, 1951 – 1952. **Aust. J. Dent.**, 57:127-37,1953.
- BARRET, R. H. & HANSON, M. L. - **Oral Myofunctional disorders.** Saint Louis: C. V. Mosby Co., 1978. 378 p.
- BEGG, P.R. – Progress report of observations on attrition of the teeth in its relations to pyorrea and tooth decay. **Aust. J. Dent.**, 42: 315-20, 1954a.
- \_\_\_\_\_ - Stone age man's dentition. **Am. J. Orth.**, 40: 298-312; 373-83; 467-75, 1954b.
- BENKERT, K.K. - The Effectiveness of Orofacial Myofunctional Therapy in Improving Dental Occlusion. **Journal of Orofacial Myology** 23:35-46, 1997.
- BERKUS, P. J.; AMSTRONG, W. D. & SIMON, W. J. – Stimulation of the muscles of mastication. **J. Dent. Res.** 20: 87-92, 1941.

- BEYRON, H.L. – Occlusal changes in adult dentition. **J.A.D.A.** **48**: 674-86, 1954.
- BLACK, B. - Deglutição Atípica. **Atualização em Otologia e Foniatria.** **5**:90-2, 1980.
- BRAGA, G. C. & MACHADO, C. P. – Deglutição Atípica. In: PETRELLI, E. – **Ortodontia para Fonoaudiologia.** Curitiba, Lovise, 1992. p.152-62
- BROWN, T. - Desenvolvimento e Função Oclusal nos Aborígenes Australianos. In: SIMÕES, W.A.S. **Ortopedia Funcional dos Maxilares Vista através da Reabilitação Neuro-Oclusal.** Cap. 1. Livraria Editora Santos, 1985. p.01-67
- CAMARGO, M. A. M. & HERNANDES, M. H. - Enfoque Tátil Proprioceptivo em Relação à Aquisição do Sistema Fonêmico. In: LACERDA, E.T. & CUNHA, M.C. - **Sistema Sensorio Motor Oral: Perspectivas de Avaliação e Terapia.** EDUC, 1987. p. 76 – 85
- CAMPBELL-TAYLOR, I. – “Tratamento x Gerenciamento das Disfagias”. Fita de Vídeo Pró-Fono, 1996.
- CAMPOS, H. - **Estatística Experimental Não - Paramétrica.** E.S.A. “Luiz de Queiroz”- USP Piracicaba, São Paulo, 1979. 343 p.
- CANONGIA, M. B.; COHEN, F. F. & RÉGNIER, G. M. C. - **Prevenindo os Distúrbios Oromiofuncionais.** Rio Medi Livros, 1990. 66 p.
- CANONGIA, M.B. - Hábitos Viciosos e a Importância da sua Prevenção. **Revista Lugar em Fonoaudiologia.** (1) 52-9, 1989.
- CATTONI, D. M.; NEIVA, F. C. B.; ZACKIEWICZ, D. V. & ANDRADE, C. R. F. - Fonoaudiologia e Aleitamento Materno: Algumas Contribuições. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** 10:(1) 45-50, 1998.
- COELHO, I. T. O. - **Troca de Consistência Alimentar: Influência no Tônus e Mobilidade dos Órgãos Fono-Articulatórios e na Deglutição.** São Paulo, 1993. /Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Fonoaudiologia, da Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana da Escola Paulista de Medicina/
- \_\_\_\_\_ - Troca de Consistência Alimentar: Influência no Tônus e Mobilidade dos Órgãos Fono - Articulatorios e na Deglutição. **Anais do V Congresso Nacional de Fonoaudiologia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia,** p.27. São Paulo, 1994.
- CORRUCINI, R. S. & PACCIANI, E. – Orthodontistry and dental occlusion in Etruscans. **Angle Orthod.** **59**: 61-4, 1989.

CUNHA, V. L. O. - **Motricidade Oral: A Prevenção de Distúrbios Miofuncionais do Sistema Estomatognático através do uso adequado de suas funções.** São Paulo, 1997. /Monografia de Especialização CEFAC/

DOUGLAS, C. R. - **Fisiologia aplicada à prática odontológica.** Volume 1. São Paulo, Pancast, 1988. 566 p.

ELGOYHEN, J. C. - **Crescimento Facial e seu Interesse em Ortodontia.** In: INTERLANDI, S. - **Bases para a Iniciação.** Artes Médicas, 1994. p. 105 – 114

ELIAS, N. - **Mozart Sociologia de um Gênio.** Jorge Zahar Editor, 1991. 150 p.

\_\_\_\_\_ - **O Processo Civilizador.** Jorge Zahar Editor, 1994. 307 p.

ENLOW, D.H. - **Crescimento do Esqueleto Craniofacial.** In: MOYERS, R. **Ortodontia.** Cap. 4. Guanabara Koogan, 1979, 1979. p. 42-100

ERLICH, A. - **Speech therapy for tongue thrust correction.** *Dent. Assist.*, 36:22-23, 1967.

FELÍCIO, C. M. - **Fonoaudiologia nas Desordens Temporomandibulares. Uma ação educativa - terapêutica.** Pancast, 1994. 179 p.

FERKETIC, M. M. & GARDNER, K. - **Beyond Tongue Thurst.** (edited by) *Orofacial Myology:* ASHA, 1994.

FERRAZ, M. C. A. - **Manual Prático de Deglutição Atípica e Problemas Correlatos. Terapia Miofuncional nos Tratamentos Orofaciais.** Revinter, 1996. 102 p.

FERREIRA, F. V. - **Oclusão e Equilíbrio dos Dentes.** In: \_\_\_\_\_ - **Ortodontia – Diagnóstico e Planejamento Clínico.** Artes Médicas, 1996. p. 74-96

FIGUEIREDO NETO, L.E. - **O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo.** São Paulo, 1988. /Dissertação de Mestrado PUC –SP/

FINK, F. S. - **The Tongue, the Lingometer, and the Role of Accommodation in Occlusion.** *Angle Orth.* 56: 225-43, 1986.

FLANDRIN, J.L. & MONTANARINI, M. - **Historie de L'Alimentation.** Librairie Arthème Fayard, 1996. 915 p.

FLETCHER, S.G.; CASTEEL, R.L. & BRADLEY, D.P. - **Tongue thrust swallow, speech articulation, and age.** *J. Speech Hear. Disord.*, 26: 219-25, 1961.

FOUCAULT, M. - **Microfísica do Poder.** Edições Graal, 1984. 295 p.

- FRIEDMAN, J. – Distoclusões. **Revista Brasileira de Odontologia**, 25:196-211, 1967.
- GALVÃO, A. -**Ortodontia. Noções Fundamentais**. Livraria Editora Santos, 1986.221 p.
- GARLINER, D. – The speech therapist's role in myo-functional therapy. **New York Dent. Journal**. 32: 169-72, 1966.
- GLASER, C. G. - The sense of dental and Labial Articulation in Orthodontic Treatment. **Am. J. Orthodontics**, 37:565-583, 1951.
- GOFF, J.L. - **História e Memória**. Editora da UNICAMP, 1990. 553 p.
- GOLDMANN, L. – Consciência possível e comunicação. In: COHN, G. **Comunicação e Indústria Cultural**. Companhia Editora Nacional, 1975. p. 391- 401
- GOMES, I.D.G. - E Quando a Família vem ao Caso. In: MARCHESAN, I. Q.; BOLAFFI, C.; GOMES, I.C.D. & ZORZI, J.L. - **Tópicos em Fonoaudiologia II**. Cap. 37. Lovise, 1995. p. 483-96
- \_\_\_\_\_ - Família e Fonoaudiologia. In: MARCHESAN, I. Q. - **Fundamentos em Fonoaudiologia Aspectos Clínicos da Motricidade Oral**. Cap.11 Guanabara Koogan, 1998. p. 100-05
- \_\_\_\_\_ ; PROENÇA, M.G. & LIMONGI, S.C.O. – Avaliação e terapia da motricidade oral. In: FERREIRA, L.P.; BARROS, M.C.P.P.; GOMES, I.C.D.; PROENÇA, M.G.; LIMONGI, S.C.O.; SPINELLI, I.C.M.; TRENCH, M.C.B.; PACHECO, E.C.F.C. & CARAÇA, E.B. – **Temas de Fonoaudiologia**. São Paulo, Loyola, 1986. p. 75-86
- GRABER, T.M. – **Orthodontics: Principles and Practice**. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1961.
- GREENE, B. – Tratamiento miofuncional. In: MORGAN, D. H. (ed.) – **Enfermidades del aparato temporomandibular; un enfoque multidisciplinário**. Buenos Aires, Mundi, 1979.
- GUEDES, Z.C.F. – Algumas considerações fonoaudiológicas sobre deglutição atípica numa abordagem multidisciplinar. **Acta Awho**, 4:40-6, 1985.
- GUILHERME, A.S. - **Dissertação sobre Desnutrição**. São Paulo, 1998. /Monografia de graduação apresentada na Escola Paulista de Medicina - UNIFESP/
- HANNA, J. C. - Breast Feeding Versus Bottle Feeding in Relation to Oral Habits. **Journal of Dentistry for Children**. 34: 243-49, 1967.
- HANSON, M. L. & COHEN, M. S. - Effects of form and function on swallowing and the developing dentition. **Am. J. Orth.** 64: 63-82, 1973.

\_\_\_\_\_ ; BARNARD, L.W. & CASE, J.L. – Tongue-thrust in preschool children. **Am. J. Orthodont**, 56:60-9, 1969.

\_\_\_\_\_ & BARRET, R. H. – **Fundamentals of Orofacial Myology**. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1988.

\_\_\_\_\_ & BARRET, R. B. A. – **Fundamentos de miologia orofacial**. Rio de Janeiro. Enelivros, 1995. 416 p.

HARRINGTON, R. & BREINHOLT, V. - The relation of oral-mechanism malfunction to dental and speech development. **Am. J. Orth.** 49: 84-93, 1963.

HARUKI, T.; KANOMI, R.; MORITA, H. & KAWABATA, J. - Oral Morphology and Tongue Habits. **Journal of Orofacial Myology** 21:4-8, 1995.

JANKELSON, B.; HOFFMAM, G. M. & HENDRON, J. A. – The physiology of the stomatognathic system. **J.Amer.Dent.Ass.**,46:375,1953.

JENKINS, G. N. – **The Physiology of the Mouth**. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1966.

JUNQUEIRA, P.S. - Avaliação Miofuncional. In: MARCHESAN, I.Q. - **Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos da Motricidade Oral**. Cap. 3. Guanabara Koogan, 1998. p. 13 – 21

JUNQUEIRA, P. S. - A investigação da Mastigação em Indivíduos Portadores de Classe III de Angle. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica** 4:(2)29-31, 1992.

JUNQUEIRA, P. S. & GUILHERME, A. - Ocorrência de Sigmatismo Interdental em Crianças de Três a Oito Anos e sua Relação com Idade e Oclusão Dental. In: MARCHESAN, I. Q.; ZORZI, J.L. & GOMES, I.C.D. - **Tópicos em Fonoaudiologia III**. Cap.18. Editora Lovise, 1996. p. 275 – 87

KELLUM, G. D.; GROSS, A. M.; HALE, S. T.; EILAND, S. & WILLIAMS, C. - Thumbsucking as Related to Placement and Acoustic Aspects of /s, z/ and Lingual Rest Postures. **Journal of Orofacial Myology**. 20: 04-9, 1994.

LAMPRECHT, R. R. - A aquisição da fonologia do Português na faixa etária dos 2:9 – 5:5 – CEAAL/PUC-RS **Letras de Hoje**, 28:(2), 9-106, 1993.

LARSSON, E. - Artificial Sucking Habits: Etiology, Prevalence and Effect on Occlusion. **Journal of Orofacial Myology**. 20: 10-21, 1994.

LEVI-STRAUSS, C. – **Mythologiques. Le cru et le cuit**. Paris, Plon, 1964.

LEWIS, J.A. & COUNIHAN, R.F. – Tongue-thrust in infancy. **J. Speech Hear. Disord.**, 30:280-2, 1971.

LIMONGI, S. C. O. - Considerações sobre a importância dos aspectos morfo-fisiológicos e emocionais no desenvolvimento e profilaxia dos órgãos fono-articulatórios. In: LACERDA, E.T. & CUNHA, C. - **Sistema Sensório Motor Oral: Perspectivas de Avaliação e Terapia**. EDUC, 1987. p. 58 – 75

LINO, A. P. – Introdução ao problema da deglutição atípica. In: INTERLANDI, S. – **Ortodontia: bases para iniciação**. 2. Ed. São Paulo, Artes Médicas, 1980. p.231-45

\_\_\_\_\_ – **Ortodontia Preventiva Básica**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

LUTAIF, A. P. - **Chupeta: Uso Indiscriminado?** São Paulo, 1997. /Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Motricidade Oral do CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica/

MACHADO C. – **Comida de Comer, Comida de pensar**. Campinas, 1992. / Trabalho de Iniciação Científica Faculdade de Educação Unicamp/

MANNS, A. & DÍAZ, G. - **Sistema Estomatognático**. Faculdade de Odontologia Universidad de Chile, Impreso en Sociedad Gráfica Almagro Ltda, 1988. 248 p.

MARCHESAN, I.Q. - **Motricidade Oral – Visão Clínica do Trabalho Fonoaudiológico Integrado com outras Especialidades**. São Paulo, 1989. /Tese de Mestrado. PUC – SP/

MARTINS, A. S. & FERREIRA, F. A. C. - Classificação das Más Oclusões. In: FERREIRA, F.V. - **Ortodontia – Diagnóstico e Planejamento Clínico**. Artes Médicas, 1996. p. 99-114

MEDEIROS, C. F. M. - Hábitos Bucais Nocivos - A Importância da Conscientização em Relação às Ações Preventivas. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 4:(2) 36-42, 1992.

MERCADANTE, M. M. N. - Hábitos em Ortodontia. In: FERREIRA, F.V. **Ortodontia – Diagnóstico e Planejamento Clínico**. Artes Médicas. 1996. p. 247 - 71

MEURER, E.; VEIGA, L. & CAPP, E. - Hábitos Mastigatórios e de Deglutição em Crianças de 3 a 5 anos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. 2:(3) 29 – 33, 1998.

MIKELL, B. - Recognizing Tongue Related Malocclusions. **International Journal of Orofacial Myology**. 10:(3) 12-16, 1984.

MOLINA, O.F. – Função e distribuição da musculatura do aparelho estomatognático.

In: \_\_\_\_\_ - **Fisiopatologia crânio mandibular (Oclusão e ATM)**. São Paulo, Pancast Editorial, 1989. p.89

MONTAGU, A. - **Tocar : O Significado Humano da Pele**. Summus Editorial, 1988. 427 p.

MORESCA, C. A. & FERES, M. A. - Hábitos Viciosos Bucais. In: PETRELLI, E. **Ortodontia para Fonoaudiologia**. Cap. 10. Editora Lovise, 1992. p. 165 - 76

MOURA, A. L. L. - O ceceo anterior em crianças de 3 a 7 anos. In: MARCHESAN, I. Q.; BOLAFFI, C. ; GOMES, I. C. D. & ZORZI, J. L. - **Tópicos em Fonoaudiologia I**. Ed. Lovise, 1994. p.231 - 38

MOYERS, R. E. - **Ortodontia**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1979. 669 p.

\_\_\_\_\_ & CARLSON, D. S. Maturação da neuromusculatura orofacial. In: ENLOW, D.H. - **Crescimento Facial**. Artes Médicas, 1993. p. 260 - 271

MURPHY, T.R. - The progressive reduction of tooth cusps as it occurs in natural attrition. **Dent.Pract.**, 19:13-5, 1968.

NEIBURGER, E.J. - The evolution of human occlusion. **Bull. Hist. Dent.**,27: 3-13, 1979a.

NEIBURGER, E.J. - The evolution of human occlusion. **Quintessence Int.**,10: 85-90,1979b.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. - Nipple confusion toward a formal definition. **J. Pediatr.** 126:(6) 125-9, 1995.

NEIVA, F.C.B. & WERTZNER, H.F.- Descrição das alterações miofuncionais orais em crianças de 8:1 a 9:0 anos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 8:(2) 36-44, 1996.

ORNELAS, L. H. - **A alimentação através dos tempos**. Série Cadernos Didáticos - 1ª Edição, 1978. 286 p.

OLIVEIRA, S F. ; PETERS, C. F.& PRATES, N. S. - Prevalência de hábitos de sucção em crianças da faixa etária de três a seis anos. **Rev. Paulista de Odontologia**. 5:(2) 33-43, 1983.

PADOVAN, B. A. E. - **Deglutição Atípica**. Separata do artigo publicado na Revista "Ortodontia" 9:(1,2)25 jan./abr. 1976 e maio/ago 1976, sob o título "Reeducação Mioterápica nas Pressões Atípica de Língua: Diagnóstico e Terapêutica". 60 p.

PAIVA, H. J. - **Oclusão - Noções e Conceitos Básicos**. Santos Livraria Editora, 1997. 336 p.

PENTEADO, R. Z.; ALMEIDA, V. F. & LEITE, E. F. D. - Saúde Bucal em Pré-Escolares: Estudo Fonoaudiológico e Odontológico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 7:(2) 21-9, 1995.

PEREIRA, L.F.; SILVA, A. M. T. & CECHELLA, C. - Ocorrência de Hábitos Oraís Viciosos e Distúrbios Fonoarticulatórios em Indivíduos Portadores de Deglutição Atípica. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 10:(1) 56-60, 1998.

PETRELLI, E. – **Ortodontia para Fonoaudiologia**. Ed. Lovise, 1992. 318 p.

PLANAS, P. - **Reabilitação Neuro-Oclusal**. Editora Médica e Científica Ltda. MEDSI, 1987. 293 p.

PORTO, L. H. C. M. – **Sucção anormal etiologia, efeitos e terapêuticas**. São Paulo, 1986. 33 p. /Monografia – Faculdade de Odontologia Camilo Castelo Branco/

POTTENGER JR., F. M. & KROHN, B. – Influence of Breast Feeding on Facial Development. **Archives of Pediatrics**, 67: 454-61, 1950.

PRADO, C.; GHERSEI, T.; PETERS, C. F. & OLIVEIRA, S. F. - Análise da Oclusão dos Segundos Molares e Caninos Decíduos em Crianças com e sem Hábitos de Sucção. **Enciclopédia Brasileira de Odontologia** 2: 15-23, 1990.

PRAETZEL, J.R.; PISTÓIA, S.P.; SALDANHA, M.J.Q. & ROCHA, N.L. - A Importância da Amamentação no Seio Materno para a Prevenção de Distúrbios Miofuncionais da Face. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 9:(2) 69-73, 1997.

PROENÇA, M. G. - Sistema Sensorio - Motor Oral. In: KUDO, A.M.; MARCONDES, E.; LINS, L; MORIYAMA, L.T. & GUIMARÃES, M.L. - **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. Monografias Médicas Série Pediatria Volume XXXII. Sarvier, 1990. p. 101 – 15

PROFFIT, W.R. - **Ortodontia Contemporânea**. Editora Guanabara Koogan, 1995. 596p.

QUEIROZ, M. J.–**A Comida e a Cozinha**. Editora Forense-Universitária, 1988.221 p.

\_\_\_\_\_ - **A Literatura e o Gozo Impuro da Comida**. Topbooks Editora e Distribuidora de Livros Ltda. 1994. 390 p.

RAMSAY, M. & GISEL, E. G. – Neonatal sucking and maternal feeding practises. **Develop. Med. Child Neurol**. 38: 34-47, 1996.

REA, M.F.- **As Políticas de Alimentação Infantil e a Prática de Amamentar: O Caso de São Paulo**. São Paulo, 1989. /Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/

RÉGNIER, G.M.C. - Prevenção dos Distúrbios Oromiofuncionais. **Revista Lugar em Fonoaudiologia**. 5: 31–5, 1991.

REVEL, J.F. – **Um Banquete de Palavras – Uma História da Sensibilidade Gastronômica**. Companhia das Letras, 1996. 330 p.

RODRIGUES, A. C. Y.; BERRETIN, G.; JORGE, J.C. & GENARO, K.F. - Caracterização das Alterações Miofuncionais Orais e Auditivas em Indivíduos com Disfunção Craniomandibular. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 10:(1) 51-5, 1998.

RODRIGUES, J. - Deglutição Atípica (Pressões Atípicas da Língua). *JBO - Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial*. 3:(14) 27-31, 1998.

ROSSI, N.J. - *Ortopedia Funcional dos Maxilares*. Andrei Editora, 1986. 180 p.

SÁ FILHO, F. P. G. - *As Bases Fisiológicas da Ortopedia Maxilar*. Livraria Editora Santos, 1994. 27 p.

SABOYA, B. A. R. - A importância do eixo na visão dos distúrbios oro-mio-funcionais - um enfoque integrador. In: LACERDA, E. T. & CUNHA, C. - *Sistema Sensorio Motor Oral: Perspectivas de Avaliação e Terapia*. EDUC, 1987. p. 22 - 52

SALVIANO, C. S. - *A Normative Study of the Acquisition of Consonant Sounds in Portuguese*. Flórida, 1995. /Dissertation presented to the graduate school of the University of Florida for the degree of Doctor of Philosophy. University of Florida/

SCHINESTSCK, P. A. - A importância do Tratamento Precoce da Má-oclusão Dentária para o Equilíbrio Orgânico e Postural. *Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Maxilar*. 3: (13) 15-30, 1998.

SEGOVIA, M.L.- *Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología – La deglución atípica*. Editorial Medica Panamericana, 1988. 237 p.

\_\_\_\_\_ - Desarrollo evolutivo de las praxias orales. Ecos Fonoaudiológicos – *Revista de Integración Científica*. 1:(2) 21-7, 1996.

SEIXAS, C. A. O.; ALMEIDA, E. F. & FATTORI, L. - Diagnóstico, Prevenção e Tratamento Precoce para Hábitos Bucais Deletérios. *Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial*. 3:(14) 53-60, 1998.

SIEGEL, S. - *Estatística não paramétrica Para as ciências do Comportamento*. Editora McGraw-Hill - São Paulo, 1975. 350 p.

SILVA, R. C. R. - Pressões Atípicas da Língua. *Jornal Brasileiro de Reabilitação*. 3:(11-12) 74-83, 1983.

SILVÉRIO, K.C.A.; PARLATO, E. M.; MOURÃO, L.F.; ALTMANN, E.B.C. & CHIARI, B.M. - Descrição da ocorrência dos fonemas da língua portuguesa em pré escolares da rede pública e privada de ensino da cidade de São Paulo. In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J. L. & GOMES, I. C. D. - *Tópicos em Fonoaudiologia II*, 1995. p.37-50

SIMÕES, W. A. - Mastigação e Desenvolvimento. In: \_\_\_\_\_ - **Ortopedia Funcional dos Maxilares. Vista através da Reabilitação Neuro-Oclusal**. Livraria Editora Santos, 1985. p. 95 – 122

SOLIGO, M. O. - “Hábitos Oraís Viciosos e Suas Correlações em uma População de Pré-Escolares”. São Paulo, 1995. /Tese de Mestrado apresentada na PUC – SP/

SPERBER, G. H. - **Craniofacial Embryology**. Wright, 1989. 246 p.

STRAUB, W. J. – Malfunction of the Tongue. **Am. J. Orthodont.** 46: 404-24, June, 1960.

\_\_\_\_\_ - Malfunction of the Tongue. **American Journal Orthodontics.** 47:(8) 596-617, 1961. Parte II.

SUBTELNY, J. D. - Examination of current philosophies associated with swallowing behavior. **Am. J. Orth.** 51:(3) 161-182, 1965.

TANIGUTE, C.C. - Desenvolvimento das Funções Estomatognáticas.. In MARCHESAN, I.Q. - **Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos da Motricidade Oral**. Cap. 1. Guanabara Koogan, 1998. p. 01 – 06

TERRA, V.H.T.C. – Avaliação da deglutição e Tipo de Malocclusão do Segmento Dentário Anterior, em crianças no início da dentição Mista. São Paulo, 1996. /Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Distúrbios da Comunicação na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/

TOMÉ, M. C.; FARRET, M. M. B. & JURACH, E. M. - Hábitos Oraís e Malocclusão. In MARCHESAN, I.Q. ; ZORZI, J.L. & GOMES, I.C.D. - **Tópicos em Fonoaudiologia III**. Cap. 6. Editora Lovise, 1996. p. 97 – 109

\_\_\_\_\_ ; GUEDES, Z. C. F.; SILVA, A. M. T. & CEHELLA, C. - Estudo da Ocorrência de Alterações da Deglutição e da Oclusão Dentária em Crianças com Queixa de Falar Errado. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** 10:(1) 61-5, 1998.

TORRES, R. – **Biología de la boca: estructura y función**. Buenos Aires, Panamericana, 1973. 591 p.

URIAS, D. - Mordida Aberta Anterior. In: PETRELLI, E. **Ortodontia para Fonoaudiologia**. Editora Lovise. 1992. p. 179 – 93

VAN DER LAAN, T. - A Importância da Amamentação no Desenvolvimento Facial Infantil. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** 7:(1) 03-05, 1995.

\_\_\_\_\_ - **A Função Oclusal Original do Homem**. Fita de Vídeo Pró-Fono, 1995.

VAN DER LINDEN, F.P.G.M. – **Crescimento e Ortopedia Facial**. Quintessence Books, 1990. 244 p.

YAVAS, M.; HERNANDORENA, C.L.M. & LAMPRECHT, R.R. - **Avaliação fonológica da criança – Reeducação e terapia**. Artes Médicas, 1991.

WATT, D. G.I & WILLIAMS, C. H. M. – The effects of the physical consistency of food on the growth and development of the mandible and the maxilla of the rat. **Am. J. Orthodont**, **37**: 895, 1951.

WERTZNER, H. F. - Articulação e suas Alterações. In: KUDO, A.M.; MARCONDES, E.; LINS, L; MORIYAMA,L.T. & GUIMARÃES, M.L. - **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. Monografias Médicas Série Pediatria Volume XXXII. Sarvier, 1990. p. 91 – 100

\_\_\_\_\_ - **Articulação: Aquisição do Sistema Fonológico dos três aos sete anos**. São Paulo, 1992. /Tese de Doutorado, USP – SP/

ZICKEFOOSE, W. - **Techniques of Oral Myofunctional Therapy**. O.M.T. Materials, 1989. 145 p.

Questionário e Exame  
aplicado nos pais e crianças

# **INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

- 1. Usar caneta vermelha para o preenchimento**
- 2. Não deixar nenhuma questão em branco**
- 3. Antes do preenchimento do questionário, estabelecer um diálogo informal com o entrevistado**
- 4. Cada entrevistador deverá realizar 8 (oito) entrevistas, sendo 4 (quatro) do sexo masculino e 4 (quatro) do sexo feminino, de faixas etárias a serem estabelecidas pelos Coordenadores da pesquisa.**
- 5. Deverão ser excluídos deste questionário crianças que:**
  - fazem ou fizeram tratamentos fonoaudiológico ou ortodôntico de qualquer natureza;**
  - sejam portadoras de deficiências visual e/ou auditiva conhecidas;**
  - sejam portadoras de deficiências motoras, intelectuais e/ou síndromes conhecidas;**
  - sejam parentes em primeiro grau do entrevistador.**
- 6. A entrevista e o exame deverão, obrigatoriamente, serem gravados em fita cassete.**
- 7. Revisar o questionário, ao término do preenchimento do mesmo.**
- 8. Não fazer com crianças adotadas, de orfanatos ou creches**
- 9. Identificar as fitas cassetes com seu nome e os nomes das crianças**

## IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

Nome da criança \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

1. Mamou no peito?

( ) Sim ( ) Não

2. Mamou no peito até a idade de:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sabe

3. Usou chupeta?

( ) Sim ( ) Não

4. Usou chupeta do tipo:

( ) Ortodôntica ( ) Não Ortodôntica ( ) Não sabe o tipo

5. Iniciou a chupeta com a idade de:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sabe

6. Parou de usar a chupeta com a idade de:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sabe

7. Sugou o dedo?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

8. Começou a sugar o dedo com a idade de:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sabe

9. Parou de sugar o dedo com a idade de:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sabe

10. Usou mamadeira?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

11. bico da mamadeira era:

( ) Ortodôntica ( ) Não Ortodôntica ( ) Não sabe

12. Começou a usar a mamadeira com a idade de:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sabe

13. Parou de usar a mamadeira com a idade de:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sabe

14. Você alimentou seu filho com alimentos pastosos dentro da mamadeira regularmente tipo, mingau, sopas, por exemplo:

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

15. Você diria que a alimentação do seu filho de um ano até dois anos, foi principalmente:

( ) Líquida ( ) Pastosa ( ) Sólida

16. Atualmente a alimentação de seu filho é principalmente:

( ) Líquida ( ) Pastosa ( ) Sólida

17. Hoje a alimentação de seu filho consta basicamente de carne:

( ) Pouca ( ) Muita ( ) Nenhuma

18. Hoje a alimentação de seu filho consta basicamente de verdura:

( ) Pouca ( ) Muita ( ) Nenhuma

19. Hoje a alimentação de seu filho consta basicamente de legumes:

( ) Pouca ( ) Muita ( ) Nenhuma

20. Hoje a alimentação de seu filho consta basicamente de frutas:

( ) Pouca ( ) Muita ( ) Nenhuma

21. Hoje a alimentação de seu filho consta basicamente de leite:

( ) Pouca ( ) Muita ( ) Nenhuma

22. A criança durante o dia fica de lábios:

( ) Abertos ( ) Semi-abertos ( ) Fechados ( ) Não sabe

## EXAME A SER REALIZADO COM A CRIANÇA

### 1. Aquisição dos sons da fala (gravar em fita cassete)

- Conversar com a criança sobre assuntos pertinentes a sua idade para posterior levantamento do quadro fonêmico.
- Aplicar o álbum de figuras anexo com o objetivo de posteriormente levantar o quadro fonêmico.

### 2. Verificação da oclusão

Oclusão normal: ( ) Sim ( ) Não

### 3. Durante o exame a criança ficou de boca:

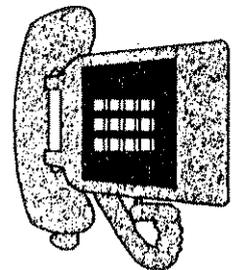
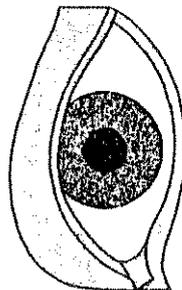
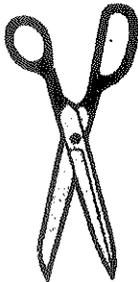
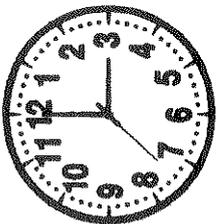
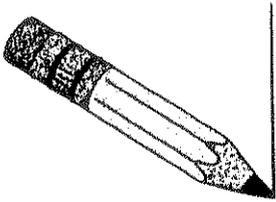
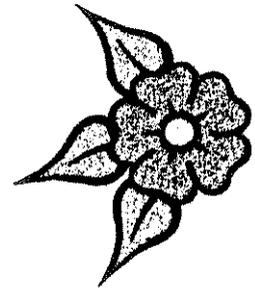
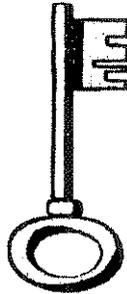
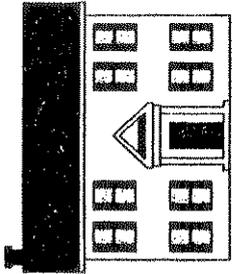
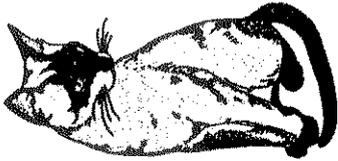
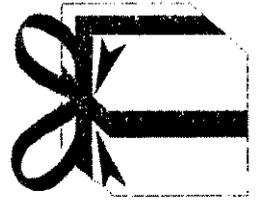
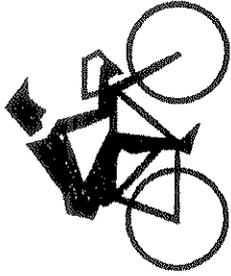
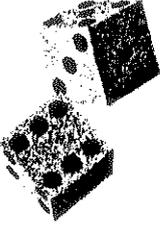
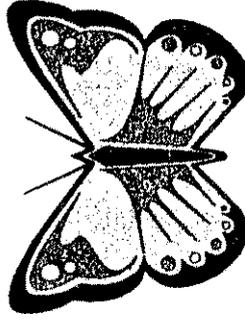
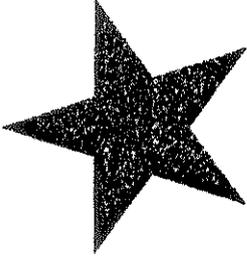
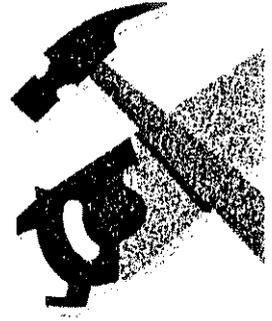
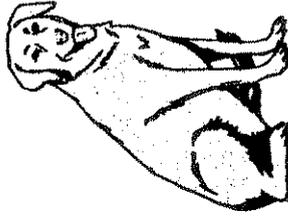
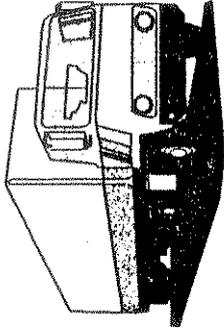
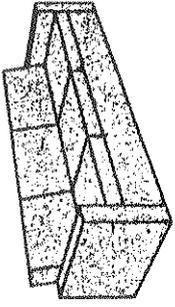
( ) Fechada ( ) Aberta ( ) Semi-aberta

### 4. A língua durante o exame ficou interposta entre as arcadas

( ) Sim ( ) Não

### 5. Existe ceceo anterior na fala

( ) Sim ( ) Não



Questionário aplicado  
nos fonoaudiólogos

*Estou realizando uma pesquisa para conhecer melhor a prática clínica do fonoaudiólogo. Por favor, responda todas as questões de forma mais completa possível. Obrigada pela colaboração.*

**IRENE QUEIROZ MARCHESAN**

1 e 2. Numere de (1) a (5) os problemas abaixo listados de acordo com o grau de influência que a alimentação pastosa pode ter em relação a cada um deles. O número (1) deve corresponder ao tipo de problema que você considera como o mais influenciado pela alimentação pastosa; o número (2) ao segundo tipo de problema que é mais influenciado por este tipo de alimentação, e assim por diante, até o número (5), que deve ser relacionado com o tipo de problema que seria o menos influenciado pela alimentação pastosa.

- crescimento crânio-facial
- fala
- mobilidade dos OFAs
- oclusão/mordida
- tônus

3. Você faz perguntas sobre alimentação em sua anamnese?

- SIM     NÃO     ÀS VEZES

4. Por quê você faz perguntas sobre alimentação em sua anamnese?

5. Você faz orientação para mudar os hábitos alimentares?

- SIM     NÃO     ÀS VEZES

6. Quais são os fatos ou razões que levam você a orientar mudanças nos hábitos alimentares?

7. Suas orientações para mudar os hábitos alimentares são seguidas?

- SIM     NÃO     ÀS VEZES     NÃO SEI

8. No caso da resposta anterior ter sido “NÃO” ou “AS VEZES” , por quê você acredita que as orientações não são seguidas?

9. você verifica se as orientações sugeridas são seguidas?  
 SIM       NÃO       ÀS VEZES

10. Como você verifica se as orientações são seguidas?

11. No momento da alta, você verifica se ocorreram mudanças nos hábitos alimentares?  
 SIM       NÃO       ÀS VEZES

12. Caso não tenham ocorrido mudanças nos hábitos alimentares, e a queixa inicial tenha sido resolvida, você dá alta?  
 SIM       NÃO       ÀS VEZES

13. Por quê você dá alta, mesmo sem terem ocorrido mudanças nos hábitos alimentares?

## Anexos sobre a mídia

# CRESCER

Guia Completo de Cuidados com Bebês e Crianças

GRÁTIS!  
7º fascículo

EXEMPLAR DE AMOSTRA DE VENDA PRECUIVA

ANO 4 - Nº 38 - R\$ 4,50

Janêro 97

Seu filho pode ser capa de Crescer

PARTICIPE DESSA PROMOÇÃO

SOB O SOL DE VERÃO  
Proteção total para toda a família

PRIMEIRA GRAVIDEZ  
Lília Cabral, 38 anos

AMADOS BEBÊS  
credite: eles sabem  
mostrar afeto

*pesquisa*  
FAST-FOOD  
que seus  
filhos estão  
comendo

ESPECIAL  
Como as crianças  
descobrem o sexo

PERIDURAL

Parto sem  
medicamento

TIRE SUAS DÚVIDAS



*Sabor da*



# infância

*Uma pesquisa exclusiva revela o que nossas crianças estão comendo nos kits de fast-food.*

**P**ais e pediatras podem protestar, mas o trio lanchinho, fritas e refrigerante se consagrou entre a garotada e já virou complemento indispensável de qualquer programa familiar. Para ter certeza disso, basta observar o movimento nas praças de alimentação dos shoppings e o boom de kits criados para o público infantil. Mais do que lucro imediato, as redes de *fast-food* estão olhando para o futuro quando investem fábulas para tornar seus produtos atraentes para a garotada. Um exemplo disso é o China Express: "Criamos os kits em 1995, a fim de familiarizar o paladar infantil com a culinária chinesa. Por isso, os pratos oferecidos são os de sabor mais universal", explica a gerente de marketing Helen Shiba.

Apostar na popularização do *fast-food* dá resultados rápidos. A primeira loja do gênero, um Bob's, surgiu há 40 anos, no Rio de Janeiro. Mas foi a partir dos anos 70, com a chegada do McDonald's e a proliferação de shoppings, que o *fast-food* explodiu no Brasil e hoje já está presente em todo o país.

Apesar do sucesso comercial, suas delícias, oferecidas em embalagens coloridas e acompanhadas de brindes, atraem críticas dos especialistas em nutrição. Seu alto teor de gordura, por exemplo, aumenta o risco de obesidade — um pro-

blema crescente no mundo moderno e que acaba de ser classificado como "epidemia" pela Organização Mundial da Saúde. Mas, justiça seja feita, embora não se comparem a uma refeição equilibrada, esses lanches têm valor nutritivo e, consumidos de maneira adequada, não representam nenhuma séria ameaça à saúde.

Essa, pelo menos, é uma das conclusões da pesquisa encomendada por CRESCER, para avaliar o valor nutritivo de alguns kits infantis presentes no mercado. Os responsáveis pelo estudo foram os nutrólogos

Mauro Fisberg, chefe da disciplina de Nutrição do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina e diretor do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde e Nutrição da Universidade São Marcos, e Regina Mara Fisberg, professora de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É o resultado dessa análise que você encontra nos quadros, onde se discriminam os nutrientes encontrados, a quantidade em que eles aparecem e sua participação nas necessidades diárias de diferentes faixas etárias. A seguir, ►

## McDONALD'S

Pioneira na criação de kits para crianças, a rede tem 217 lojas espalhadas por 45 cidades brasileiras, e comercializa 2 milhões de unidades ao mês. "Equivale a 20% do total de vendas do McDonald's", diz Gilberto Alves, gerente de marketing da empresa.

### MC LANCHE FELIZ.

Hambúrguer simples, fritas em embalagem pequena, refrigerante de 300 ml.

**Variação.** Substituindo o hambúrguer simples por cheesebúrguer, somam-se 50 calorias ao total.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
606 calorias	47 a 34%	30%
15 g de proteínas	96 a 64%	55%
22 g de gorduras*	61 a 44%	39%
95 g de carboidratos	não há recomendação mínima	
46 mg de colesterol	35 a 25%	23%



SÉRGIO CARVALHO

# AS TAXAS DE PROTEÍNAS SÃO SEMPRE ALTAS

as dicas sobre como deixar as crianças se deliciarem com os *fast-food* sem comprometer sua nutrição.

**Quando comer.** Uma vez por semana, no máximo, em substituição ao almoço ou jantar.

**Como equilibrar.** Pobres em vitaminas e sais minerais, devem ser complementados por uma sobremesa de frutas. Para garantir o equilíbrio, a outra refeição principal do dia pode ser composta por salada de alface e tomate, arroz, feijão, cenoura cozida, frango grelhado, suco de laranja e banana.

**O que evitar.** É melhor que seu filho não acrescente condimentos. Um único sachê de mostarda (7 g) acrescenta 5 calorias ao total; o de catchup (10 g) soma outras 10,4 calorias. ◆

*Suzana Lakatos*

## BOB'S

Com 78 lojas no país, suas opções só se diferenciam do lanche convencional por incluírem um brinde.

**FOR KIDS 1.** Hambúrguer simples, porção pequena de fritas, refrigerante de 300 ml.

**Variação.** Se a escolha for um cheesebúrguer, há um acréscimo de 21 calorias.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
620 calorias	48 a 34%	31%
15 g de proteínas	96 a 64%	55%
24 g de gorduras*	67 a 48%	43%
95 g de carboidratos	não há recomendação mínima	
44 mg de colesterol	34 a 24%	22%

**FOR KIDS 2.** Hot dog sem molho, fritas em embalagem pequena e refrigerante de 300 ml.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
588 calorias	45 a 32%	29%
14 g de proteínas	84 a 56%	48%
27 g de gorduras*	75 a 54%	48%
82 g de carboidratos	não há recomendação mínima	
53 mg de colesterol	41 a 29%	27%



## KFC

Cerca de dois anos atrás, esta cadeia de lanchonetes trouxe para o Brasil a grande novidade, os kits infantis, que já eram vendidos com amplo sucesso em alguns outros países.

**KIT FOR KIDS 1.** Cheesebúrguer de frango, fritas pequenas e refrigerante de 300 ml.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
636 calorias	49 a 35%	32%
23 g de proteínas	144 a 96%	82%
28 g de gordura*	79 a 57%	51%
81 g de carboidratos	não há recomendação mínima	
74 mg de colesterol	57 a 41%	37%

**KIT FOR KIDS 2.** Nuggets de frango (6 unidades), porção pequena de fritas, refrigerante de 300 ml.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
636 calorias	49 a 35%	32%
23 g de proteínas	144 a 96%	82%
28 g de gordura*	79 a 57%	51%
81 g de carboidratos	não há recomendação mínima	
74 mg de colesterol	57 a 41%	37%



## CHINA EXPRESS

Suas 75 lojas espalhadas pelo Brasil comercializam 80 mil kits infantis por mês.

**CHINA FOR KIDS 1.**  
Rolinho primavera, 300 g de frango empanado e refrigerante de 300 ml.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
932 calorias	72 a 52%	47%
64 g de proteínas	400 a 267%	229%
36 g de gorduras	100 a 72%	64%
89 g de carboidratos	não há recomendação mínima	

**CHINA FOR KIDS 2.**  
Rolinho primavera, 300 g de iaksoba (macarrão misturado com legumes) e refrigerante de 300 ml.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
745 calorias	57 a 41%	37%
32 g de proteínas	200 a 133%	114%
31 g de gorduras	86 a 62%	55%
85 g de carboidratos	não há recomendação mínima	

### Observação.

A rede oferece outros dois kits para crianças: carne com brócolis e arroz-primavera. Ambos aparecem na foto, mas

ficaram fora da análise de CRESCER, pela impossibilidade de determinar a porcentagem exata dos ingredientes usados nessas receitas.



## HABIB'S

Com 70 lojas espalhadas no país, a rede vende cerca de 200 mil kits ao mês, segundo Márcia Melo, nutricionista e gerente de controle de qualidade. É o único que substitui o refrigerante por suco natural.

**KIT INFANTIL.** Quibe, esfiha de carne, esfiha de queijo e 300 ml de suco de laranja.

**Varição.** Se a opção for suco de abacaxi, acrescenta 30 calorias.



Para suco de maracujá, aumente 36, devido ao açúcar.

Valor nutritivo do kit	Quanto representa nas necessidades diárias	
	2 a 7 anos	7 a 10 anos
666 calorias	de 51 a 37%	33%
26 g de proteínas	de 163 a 108%	93%
19 g de gorduras*	de 53 a 38%	34%
100 g de carboidratos	não há recomendação mínima	
77 mg de colesterol	de 62 a 44%	40%

## PIZZA, BATATA E PASTEL

Mesmo redes de fast-food sem kits especiais para crianças fazem sucesso junto aos pequenos. É o caso dos clássicos pastéis e pizzas e da eterna batata — presentes na nossa análise.

**PIZZA HUT.** Numa pesquisa feita em 1994, a empresa constatou que a pizza de mussarela era a de maior aceitação pelas crianças. Uma minipizza dessas fornece 615 calorias, 30 g de proteínas e 88 g de carboidratos, respondendo por 38% das necessidades energéticas de uma criança de 2 anos e por 25% das necessidades de uma criança de até 10 anos.

**BAKED POTATO.** O gerente de operações da empresa, Hércules Cagnin, afirma que há planos de criar um kit para as crianças. Por enquanto, a preferência do consumidor mirim é pela batata assada e recheada com manteiga, requeijão e pasta de frango.

Um lanchinho exagerado, que excede muito o total das necessidades diárias de proteínas, gordura e colesterol\* de crianças de até 10 anos. Uma única batata dessas fornece 950 calorias, 29 g de proteínas, 48 g de gorduras e 172 mg de colesterol.

**Q PASTEL.** Mais uma vez é o queijo que está na preferência das crianças. Cada unidade fornece 339 calorias, 8 g de proteínas, 7 g de gorduras\*, 60 g de carboidratos e 18 mg de colesterol. É um valor calórico relativamente baixo, que corresponde a 26% das necessidades de uma criança de 2 anos e por 17% das necessidades de outra com 10 anos.



\* Os índices de gordura descritos correspondem ao total de lipídios ingeridos. O colesterol é um deles, mas aparece também em destaque nos kits em que seu índice é elevado, devido à sua importância em funções como a formação de hormônios e também como fator de risco para doenças graves, como as cardiopatias.

Tip Top legítimo tem dois balõesinhos.



**TELEVISÃO**

# Expedição

FERNANDO OLIVA  
da Redação

O que está por trás do gosto culi-  
nário do brasileiro? A pergunta se-  
rá respondida em dez episódios  
pela série "Uma Expedição Culi-  
nária pela História do Brasil", que  
vai ao ar no fim de março pela TV  
Educativa em rede nacional.

O projeto do cineasta e videoma-  
ker carioca Ricardo Miranda pas-  
seia pelos grotões do Brasil e, ób-  
vio, Portugal, na tentativa de ex-  
plicar por que gostamos tanto de  
carne-de-sol, vatapá e feijoada, en-  
tre outras especialidades da cozi-  
nha dita brasileira. "A idéia é mos-  
trar o Brasil por meio de sua ali-  
mentação", diz Miranda.

A câmera Betamax de Miranda já  
visitou Minas Gerais, Rio de Janei-  
ro e São Paulo. Nos próximos 40  
dias, pretende dar conta de mais  
dez Estados brasileiros, do Rio  
Grande do Sul ao Amazonas.

No caminho, pausas para refeição.  
Cada capítulo da série ensina a  
criar um prato, passo a passo.

"Expedição Culinária..." não fi-  
ca limitada a pratos, ingredientes e  
formas de preparo. Usando pano

de fundo histórico, mostra para  
onde ciclos econômicos como os  
do café, cana-de-açúcar e minera-  
ção levaram as preferências gas-  
tronômicas do brasileiro.

Os vídeos buscam sempre a co-  
mida típica das regiões visitadas.  
No caso de Portugal, traça um pa-  
ralelo com o Brasil e explica as  
transformações que os pratos por-  
tugueses sofreram na integração  
com a culinária da ex-colônia.

O estofo teórico da série traz de-  
poimentos de peso. Os antropólo-  
gos Darcy Ribeiro e Roberto Da  
Matta explicam por que a comida  
de um povo tem tanto a ver com  
sua cultura.

Num dos episódios, Nina Horta,  
crítica gastronômica da *Folha*,  
passeia pela tradicional feira do  
Pacaembu (zona sul de São Paulo)  
e aponta as mudanças operadas  
pelo tempo no que as bancas de  
madeira oferecem.

O argumento da série foi elabo-  
rado em conjunto com o videoma-  
ker Andreas Palluch, com roteiro  
de Isaiás Almada e produção de  
Silvia Wolfenson. Só com o que fil-  
mou até agora, a equipe já tem um  
"subproduto": os grandes mer-

cados brasileiros.

No bairro carioca de Madureira,  
por exemplo, descobriram uma  
feira de produtos para umbanda e  
candomblé que vendia, entre ou-  
tras especiarias, galinha d'angola  
para despachos.

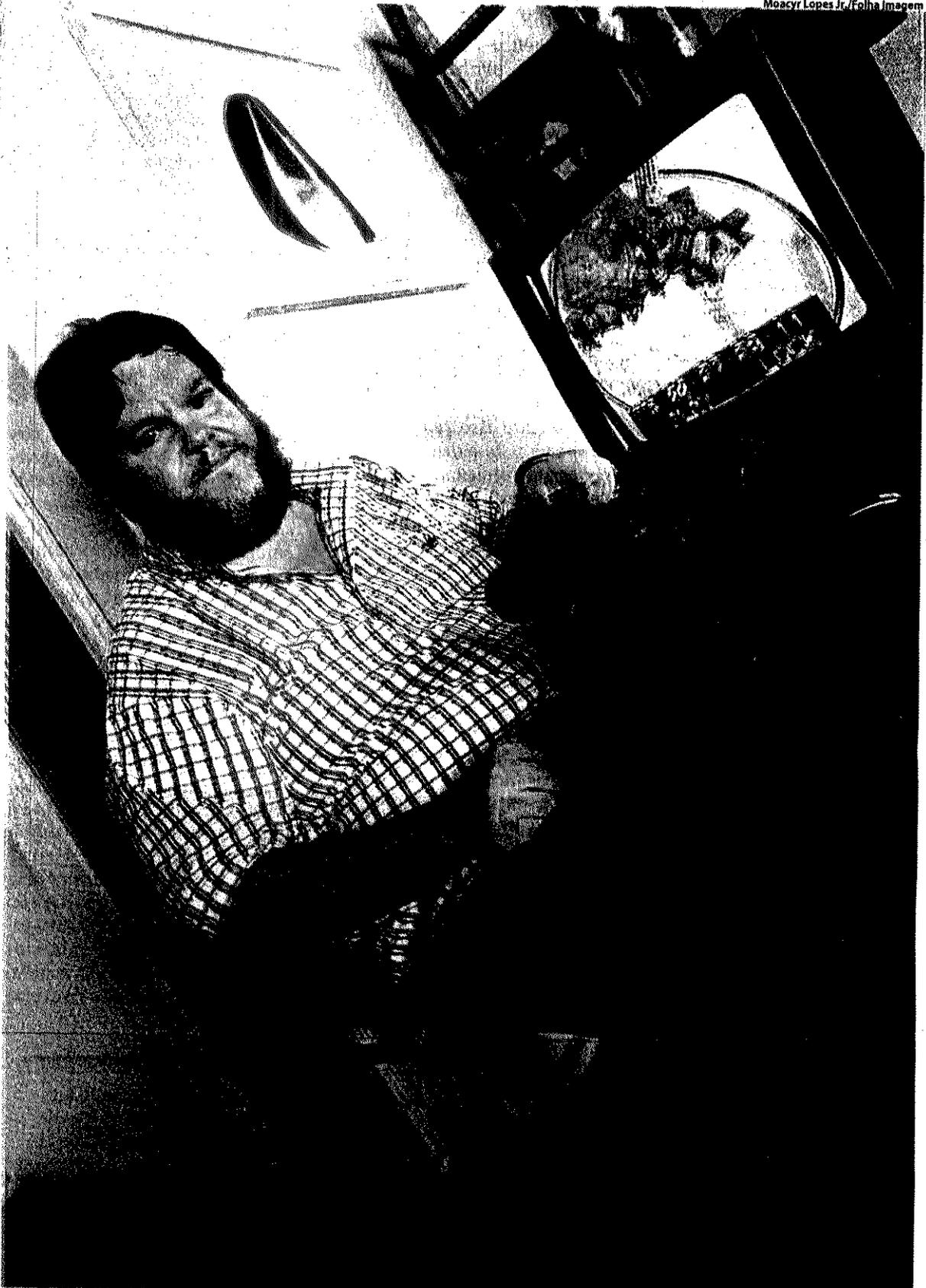
## Camara Cascudo

A saga gastronômica-cultural de  
Miranda começou com um des-  
pretensioso passeio pela livreria  
Cultura, em São Paulo. "História  
da Alimentação no Brasil", 927  
páginas concluídas por Luis da Ca-  
mara Cascudo em 1963, foi o pon-  
to de partida para mostrar o Brasil  
por meio de sua culinária típica.

Quando a TVE do Rio decidiu  
bancar o projeto, a série começou  
a tomar corpo. Ao custo de R\$ 400  
mil, os dez episódios serão apre-  
sentados em rede nacional pela  
TVE (em São Paulo, pelas emissoras  
a cabo Net/Multicanal) e em  
todos os países de língua portu-  
guesa pela RTPi (Rádio e Televisão  
Portuguesa Internacional). A  
emissora produziu o episódio "O  
Farnel Lusitano" e guiou Miranda  
por cidades como Lisboa, Beja,  
Sintra, Évora e Viana do Castelo.

# Culinária

Moacyr Lopes Jr./Folha Imagem



Ricardo Miranda com a câmera usada nas filmagens de "Uma Expedição Culinária pela História do Brasil"

# A expedição culinária de Ricardo Miranda

Série com 10 vídeos de 52min cada



## 1 O Pão Nosso de Cada Dia

O "pão", no caso, são as preferências históricas do brasileiro. Este primeiro capítulo aponta onde está a relação entre paisagem, fauna e condições climáticas com o que passeia pelas mesas tupiniquins

## 2 Os Comedores de Mandioca

Que indígenas e portugueses estão na gênese do que se come hoje no Brasil, você já sabia. Mas poucos sabem que o cruzamento da culinária de um e outro recheia cardápios

em todo o litoral brasileiro. O episódio mostra como e por quê

## 3 O Farnel Lusitano

"Quem diz do viajante é a bagagem que leva. Instalando-se definitivamente no Brasil, o português recriou o ambiente familiar, cercado-se dos recursos de curral, quintal e horta", escreveu Luís da Câmara Cascudo em "História da Alimentação no Brasil". Esta parte da série vai ao interior de Portugal revelar segredos que vão parecer muito familiares aos brasileiros

## 4 Açúcar

Da união dos doces feitos nos conventos e seculares mosteiros portugueses com as frutas tropicais do Brasil nasceu uma das melhores combinações entre colonizador e colonizado. "Suspiros de freira" e "âncoras de amor" povoam este episódio que tem como pano de fundo o ciclo da cana-de-açúcar no Nordeste do Brasil

## 5 Carne-de-Sol

O destaque desta vez fica com a carne. Mostra como a criação do gado permitiu grande variedade de pratos à base de carne. Estômagos mais sensíveis devem passar longe deste capítulo, já que Ricardo Miranda ensina como preparar uma moqueca de testículos de bode

## 6 Comida de Santo

A influência do negro africano em nossa cozinha. Vatapá, caruru, açaçá, abará... pratos que tem ligação estreita com os cultos religiosos trazidos da África pelos escravos negros. O popular acarajé, por exemplo, é comida de Xangô e Iansã

## 7 Quitandas e Quitutes

No sétimo capítulo, os holofotes se voltam para Minas Gerais e o ciclo da mineração. O barroco mineiro dá o tom, e a câmera de Miranda vai em busca das origens da culinária mineira e seus tutu de feijão, couve à mineira e frango com quiabo

## 8 Tropas e Boladas

Filmado nos chapadões de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás. Da junção das culinárias indígena, africana e portuguesa surge a base da cozinha do Centro-Oeste brasileiro: peixe, farinha de mandioca, palmito, feijão, carne-de-sol e arroz

## 9 Gaúchos e Colonos

O penúltimo episódio mostra como imigrantes de diversos países dão alento particular ao que se come no Sul do Brasil. Alemães, italianos e espanhóis trouxeram novos ingredientes e idéias, enriquecendo e diversificando a mesa sulista

## 10 Caldeirão Antropofágico

É a vez da cozinha cosmopolita de São Paulo e do Rio de Janeiro. O capítulo segue os caminhos do ciclo do café que, junto com a riqueza e a ostentação, trouxe refinamento e diversificação à culinária dos restaurantes

# Diga-me o que comes e te direi quem és

**RAUL LODY**  
especial para a **Folha**

Certamente, depois do idioma, a comida é o mais importante elo entre o homem e a cultura.

Comer serve para nutrir o corpo, nutrir o espírito e estabelecer contatos com os antepassados, com os deuses.

No caso brasileiro, vêem-se mesas identificadoras de diferentes matrizes étnicas, reunindo Ocidente e Oriente.

O português navegador aproximou o mundo, estreitando contatos entre os povos. Buscou especiarias, temperos exóticos, frutas estranhas e, assim, incluiu na civilização lusitana presenças da Índia, da Indonésia, da China, da África, da América.

Procedentes do reino, Portugal, chegaram queijos, doces de ovos, açúcar, leite, bolos, manjares e outras iguarias originais

dos conventos medievais.

No Brasil, os índios, com alimentação à base de farinha de mandioca, peixes, caças, mostram uma culinária ecológica.

Na costa, África, impera o dendê, juntamente com inhames, bananas, pimentas, feijões, entre outras delícias, como quiabos e camarões.

Como se o Brasil fosse um enorme caldeirão, convivem e misturam-se diferentes e saborosas contribuições gastronômicas.

Comer é antes de tudo uma forma de prazer, até pelo olhar estético sobre o alimento, que pode informar o significado do que se come e de como se come.

Comidas do cotidiano, da festa de rua, da festa religiosa. Comidas do mundo dos homens e do mundo dos orixás, caboclos e de tantos outros deuses que fazem mitologias nacionais.

Quando visito uma cidade,

vou logo ao mercado e à feira para conhecer os alimentos. Depois busco uma banca, um restaurante para comer e beber, tentando entender e elaborar cheiros, cores e gostos. Somente depois dessa viagem pela boca vou ao encontro dos monumentos de pedra e cal, acreditando que, pela comida, sente-se e sabe-se a alma de um lugar.

A tradição convive com a mudança. Acarajés pequenos e iguais aos encontrados na costa ocidental africana estão lado a lado, na Bahia, com os grandes acarajés que lembram pães de hambúrguer, recebendo recheios de vatapá, caruru, salada, pimenta —verdadeiros sanduíches Nagô.

Assim, vivem as muitas mesas brasileiras, e pluralizar, creio, é a melhor receita para comer o Brasil.

Raul Lody é antropólogo especializado nas relações entre cultura e alimentação.

# Hábitos alimentares podem ser hereditários

*Genes programam preferência por certos sabores, revelam pesquisadores*

**S**EATTLE — Se você é do tipo que não suporta brócoli e tem horror a couve saiba que a culpa pode ser dos seus genes. Cientistas descobriram que os genes responsáveis pela programação da preferência em relação ao paladar podem influenciar o fato de uma pessoa apreciar uma dieta saudável.

Segundo a pesquisadora Lda Bartoshuk, da Universidade de Medicina de Yale, parece haver um gene que determina a capacidade de uma pessoa detectar componentes de gosto amargo na comida. Pessoas dotadas da forma dominante do gene são chamadas de superdegustadoras e se mostram especialmente sensíveis a alimentos amargos, incluindo muitas frutas e vegetais ricos em antioxidantes, que se acredita serem capazes de ajudar a prevenir o câncer.

Portadores da forma recessiva do gene são chamados de não-degustadores. Essas pessoas não percebem os sabores da mesma forma que as super-

degustadoras e por isso tendem a escolher alimentos que contêm os antioxidantes. Os degustadores normais conseguem perceber os compostos amargos, mas não reagem a eles de forma tão forte.

Não está claro, ainda, se o fato de ser um não-degustador é melhor na prevenção do câncer. Essa categoria de pessoas tende a consumir mais gordura e açúcar, talvez por terem mais dificuldade em saciar o apetite.

**Condicionamento** — Em estudos feitos com mulheres mais velhas, por exemplo, as superdegustadoras tinham tendência a ser mais magras e ter menos massa corporal, indicativo

de risco menor para doenças como diabetes, problemas coronarianos e câncer, revelou a pesquisadora Ann Lucchina, da Universidade de Yale.

Os cientistas enfatizaram que o sabor é apenas um dos fatores na escolha de alimentos. As pessoas

podem ficar condicionadas a gostar de alimentos mais amargos, mesmo sendo superdegustadoras. O café, por exemplo, tem gosto mais forte para os superdegustadores, mas muitos não o evitam porque apreciam o efeito da cafeína.

**H**ORROR A  
BRÓCOLI E A  
COUVE PODE  
SER EXPLICADO

# educar bem



## A LINGUAGEM DA COMIDA

Mais do que alimento, a comida é uma forma de comunicação entre mãe e filho. Se a hora das refeições vira um momento de luta, quem sai perdendo é a relação

**S** seja uma boa mãe. Dê de mamar ao seu filho." O antigo slogan de uma campanha de amamentação já não aparece na televisão, mas continua perfeito para mostrar uma cilada armada pela sociedade que muitas mulheres, inconscientemente, caem: a de acreditar que boa mãe é a que alimenta o filho.

A "pressão familiar" começa logo na primeira mamada. Em geral, todos se reúnem para dizer o que a mãe deve fazer para amamentar a criança. A despeito da pretensa experiência da avó e do instinto materno, o bebê vira a cabeça, resmungando e adormece sem mostrar a avidez que todos queriam. A resposta é automática: ansiosos, os adultos decidem que a criança tem que mamar porque senão vai morrer de fome. Para que isso aconteça, apela-se para os mais estranhos recursos: tapinhas na bochecha,

puxões no cabelo, sopros no rosto... Em caso de desespero coletivo, se faz tudo ao mesmo tempo, com a esperança de que, ao abrir a boca para chorar, a criança seja alimentada à revelia. Ignoram-se totalmente as necessidades metabólicas do bebê, que só poderia pôr em funcionamento o complexo dispositivo da amamentação a partir da real sensação de fome.

A mulher se reafirma no papel de mãe alimentando o filho e, portanto, faz de tudo para que a criança coma. Quando ela é maiorzinha, começam os aviõezinhos, as cambalhotas, os teatrinhos... Se a criança não se alimenta do jeito que a mãe imagina que deve se alimentar, na sua interpretação, não come. E, se não come, logo a rejeita e ela não é uma boa mãe.

Tudo isso é inconsciente, mas pode provocar problemas tanto na relação da criança com a comida

quanto com a mãe. Criam-se mecanismos tortos de relação familiar. Para a criança, a comida é o vínculo com a mãe, o momento de contato. Se não é criada uma boa relação alimentar, o que está sendo prejudicado é a relação mãe e filho.

A mãe fica frustrada porque o filho não come e acaba tendo atitudes inadequadas. A hora das refeições não é a hora de estar junto. É o momento de comer. Ou melhor, de lutar para que a criança coma. O filho passa a ser aquele que não faz o que a mãe quer.

A criança aprende pelo que vê, e o que a mãe vai estar ensinando é que chantagear e enganar são mecanismos legítimos para se obter o que quer. Vira uma bola-de-neve. A ansiedade gerada pela expectativa de que o filho coma paralisa a mãe e a impede de pensar em soluções.

Para romper esse círculo vicioso, é preciso entender que boa mãe é a que se identifica com o filho e entende o que a criança sente e não apenas a que a alimenta. A mãe que obriga o filho a comer não vai ter essa empatia com a criança porque está mais preocupada consigo mesma e em cumprir bem o seu papel do que em entender as necessidades do filho. Quem falou que para estar bem alimentada a criança precisa comer um prato cheio ou seis colheres de arroz? A comida deve ser um vínculo de amor e prazer e não o contrário.

Leonardo Posternak, pediatra

ENCAMINHE SUAS DÚVIDAS para "Educar Bem", revista CLAUDIA, R. Geraldo Flausino Gomes, 61, 11º andar, CEP 04573-900, São Paulo, SP. Ou use nosso endereço eletrônico na Internet: [claudia.atleitor@email.abril.com.br](mailto:claudia.atleitor@email.abril.com.br)

## SAÚDE

# Vida agitada prejudica paladar infantil

JAIRO BOUER  
especial para a Folha

Poliuição, cigarro e a vida agitada nas grandes cidades — que obriga os pais a deixarem seus filhos de lado de cedo em creches e berçários — estão contribuindo para que as crianças tenham a sensação do gosto prejudicada.

O gosto final dos alimentos é obtido através de uma delicada combinação de estímulos captados pelas papilas gustativas com os odores liberados pela comida.

Os cheiros dos alimentos, que estão sendo mastigados, sobem para o nariz por "trás" da garganta. Se as vias de comunicação entre nariz e garganta (rinofaringe, coanas) estão "entupidas", esses cheiros não chegam ao nariz e a sensação de gosto fica alterada. Isso explica a dificuldade de sentir o gosto dos alimentos quando se está gripado.

Manoel de Nóbrega, presidente do departamento científico de otorrino infantil da Sociedade Brasileira de Pediatria, diz que crianças que vão desde cedo para creches acabam tendo mais gripes. Elas podem acabar com quadros catarrais crônicos — obstrução das vias aéreas por secreções nasais. Essa situação, a longo prazo, pode dificultar o desenvolvimento do paladar da criança.

Quadros alérgicos, como as rinites, que provocam um aumento da quantidade de secreções e diminuem o calibre das vias aéreas (por

inflamação) também podem dificultar a sensação de gosto.

Nóbrega lembra que cidades como São Paulo, em que a poluição urbana e domiciliar (cigarro, pó) têm níveis elevados, são campeãs de quadros alérgicos como a rinite.

No inverno, a queda da temperatura e a menor "renovação" de ar em ambientes mais fechados fazem o número de quadros gripais e alérgicos aumentarem.

Nóbrega disse que quanto menor a criança menor é o calibre das vias aéreas e, portanto, maior é a severidade de quadros de obstrução e da dificuldade de se processar o gosto dos alimentos.

## Apelo visual

A dificuldade crônica de algumas crianças para sentir gostos mais sutis pode ser um dos fatores que explica a preferência por comidas do tipo fast food, que têm, em geral, um sabor mais forte.

No entanto a pediatra Ana Escobar, chefe da unidade de cuidados semi-intensivos do Instituto da Criança do HC-USP, afirma que o apelo visual e a propaganda são os elementos que mais influenciam a adoração das crianças por esse tipo de comida.

Ana explica que a surpresa, a cor das embalagens, o programa (ir a determinada lanchonete) e a identificação com imagens vistas na TV acabam fazendo com que a criança prefira o fast food à alimentação tradicional.

## Entenda como a pessoa sente um "gosto"

■ Receptores para "gosto" estão localizados em pequenas protuberâncias da língua — as papilas gustativas

■ Receptores em cada parte da língua identificam melhor um dos quatro gostos básicos: doce, amargo, azedo e salgado

## Veja a localização

■ Pequenos grupos de receptores também podem estar no palato (céu da boca), garganta e epiglote (base da língua)

■ Outras sensações mais sutis do paladar são possíveis pela combinação dos quatro gostos básicos com outros estímulos associados, como os odores

## Veja como funciona um receptor

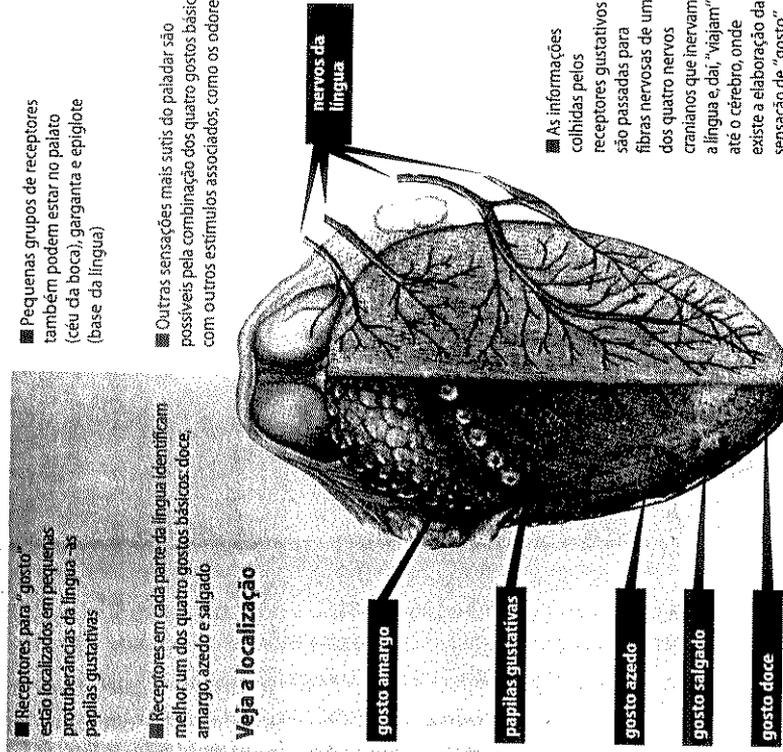
■ O receptor para "gosto" é formado por um conjunto de células receptoras e por células de suporte

■ No alto das células receptoras estão pequenos pelos, que são expostos à saliva que entra pelos poros gustativos

■ Uma substância colocada na boca é dissolvida na saliva, se liga aos pelos gustativos e gera um impulso nervoso, que é transmitido (levado) até o cérebro

■ A sensação de gosto é um processo muito rápido

■ Os receptores para gosto estão em processo constante de destruição e de renovação



gosto amargo

papilas gustativas

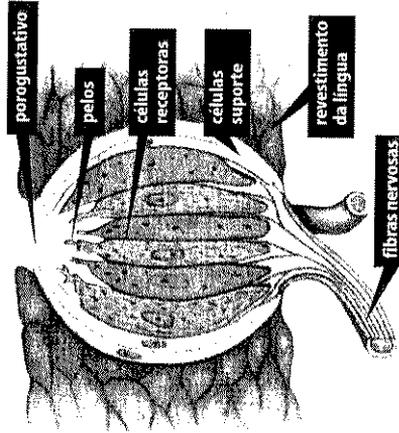
gosto azedo

gosto salgado

gosto doce

nervos da língua

■ As informações colhidas pelos receptores gustativos são passadas para fibras nervosas de um dos quatro nervos cranianos que inervam a língua e daí, "viajam" até o cérebro, onde existe a elaboração da sensação de "gosto"



porogustativo

pelos

células receptoras

células suporte

revestimento da língua

fibras nervosas

Fonte: The Human Body

# Fast food empobrece gosto

especial para a Folha

A sensação de gosto é um processo que cresce durante os primeiros anos da vida da criança.

A rigor, a criança pequena já tem o aparato necessário (papilas gustativas, identificação de cheiros por receptores nasais) para sentir todos os gostos.

No entanto o otorrinolaringologista Manoel de Nóbrega diz que o aprimoramento dessa sensação depende da experiência que a criança adquire no início da vida. Assim, a criança que for exposta a estímulos alimentares (diferentes tipos de comida) terá uma experiência mais rica e com boas chances de melhorar o paladar.

Segundo Nóbrega, esse é um dos motivos pelos quais é importante a introdução de outros alimentos

(além do leite) a partir dos seis meses de idade.

## Vida moderna

A correria das grandes cidades leva muitas famílias a não cumprirem o ritual de refeições conjuntas durante o dia e a escolherem uma alimentação mais líquida e pastosa, ingerida rapidamente.

Com isso, a criança perde a oportunidade de saborear a comida com mais calma e prejudica o hábito de comer alimentos sólidos, fundamentais para um processo de mastigação adequado.

Nesse terreno, o fast food, que oferece alimentos mais fáceis de serem consumidos, ganha espaço. Nóbrega diz que, no entanto, esses alimentos, a longo prazo, podem levar a um empobrecimento do padrão de gosto das crianças. (J8)

# Criança prefere alimento mole

especial para a Folha

Criança troca, sem pensar, um bom prato de salada por um pedaço de pizza ou um hambúrguer da sua rede de fast food favorita.

Os especialistas não sabem o que acontece. O corre-corre das grandes cidades, o apelo visual dos fast food e o hábito de comer alimentos mais "mole" e mastigáveis podem ser algumas explicações.

A pediatra Ana Maria de Ulihôa Escobar diz que as crianças, talvez, percebem as verduras com um gosto mais amargo.

"Mas, amargo ou não, as hortaliças definitivamente não têm muito íbope com os pequeninos".

A escola infantil Ponto Omega, que trabalha com crianças de até 7 anos, tem usado alguns métodos para ganhar seus alunos "pelo es-

tômago". Como as crianças ficam o tempo todo na escola, elas acabam tendo dois lanches e uma refeição completa durante o dia.

Patrícia Petrucci, nutricionista do Ponto Omega, diz que a escola propõe uma escolha.

No almoço, cinco classes de alimentos são oferecidas: arroz, feijão, carne, uma guarnição (torta, verdura cozida) e salada.

A criança tem que escolher quatro tipos de alimento. Segundo Patrícia, poder optar faz a criança se comprometer mais com o que colocou no seu prato.

Segundo Patrícia, a criança não come o que não reconhece no seu "repertório alimentar". Assim, muitas vezes, a escola faz oficinas culinárias, para que a criança participe do processo de elaboração de um novo alimento. (J8)

# A EXCEÇÃO Garoto de 6 anos prefere frango a sanduíches

especial para a Folha

"Milho, arroz e frango é a comida que eu mais gosto". Esse é o cardápio predileto e, de certa forma, inusitado de Felipe Poroger, de apenas 6 anos.

Foi difícil convencer Felipe a falar com a reportagem da Folha. "Ninguém gosta das comidas que eu gosto. Meus amigos só gostam de ir ao McDonald's para comer hambúrguer e outras portarias."

Felipe diz que não "aguenta mais" ficar falando para os outros que ele gosta de salada e frutas.

Sanduíches e pizza estão fora das escolhas de Felipe. "Nunca comi e também não tenho vontade de experimentar".

A única concessão do garoto são as batatas fritas de algumas redes de fast food.

Felipe é aluno da escola Ponto Omega e gosta da variedade de alimentos que pode escolher na hora do almoço. "Mas a comida de casa é mais gostosa", afirma ele.

Sorvete e chocolate também não caem na lista de alimentos sem atrativos, muito pelo contrário.

Numa lista dos cinco alimentos preferidos, as guloseimas pulam para o topo.

Afinal, como o próprio Felipe concorda: "ninguém é de ferro". (J8)



O aluno Felipe Poroger, de 6 anos, que afirma que prefere comer salada e frutas a hambúrguer e pizza

# Setor de alimentos cria geração sabor pizza

## Carro terá odor de baunilha

da Reportagem Local

Baunilha vai começar a ser usada para aromatizar acessórios do Renault. Portas e estofados dos carros terão cheiro da substância com o objetivo de mascarar o tradicional odor de borracha e plástico e aumentar as vendas na França.

O aroma já é usado naquele país para dar cheiro a desodorantes, desinfetantes, amaciantes de roupas e perfumes.

A baunilha tem, segundo pesquisas feitas com consumidores pela Renault, o odor e o sabor preferidos pelos franceses. Ela faz lembrar a infância e, com isso, produz uma sensação de bem-estar e de segurança.

"A baunilha tem um odor reconfortante. Como ela lembra o tempo em que você era criança, funciona como um refúgio", afirmou à última edição da revista semanal francesa "L'Express", Jean-Paul Mercier, responsável pelo projeto.

Outro projeto em estudo que também utiliza baunilha é a tentativa de adicionar a substância na gasolina consumida na França.

Já usado em balas e sorvetes, este ano o sabor Coca-Cola também será usado no mercado francês em togurmes. Nos Estados Unidos, a cola dá sabor não só a alimentos como também dá cheiro a produtos de higiene pessoal e de limpeza.

No Brasil, o sabor cola também está sendo estudado por fabricantes de togurmes. O nome do fabricante que está analisando a ideia é mantido em segredo. (LM)



Laila de Almeida/Folha Imagem

A farmacêutica Hissako Cojima, responsável por pesquisas na filial da suíça Givaudan-Roure, testa produtos

## Lei obriga rótulos a informar composição

da Reportagem Local

O uso de aromatizantes, corantes e conservantes é fiscalizado pelo Ministério da Saúde, por meio das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais.

As visitas às fábricas ocorrem toda a vez que um novo aroma é registrado. Há também blitz periódicas feitas pela vigilância.

A legislação na área é razoavelmente complicada, uma vez que há portarias específicas que normatizam as diferentes substâncias e produtos.

Na prática, o controle é feito com uma lista chamada "FDA-Gras",

5.000 substâncias químicas testadas e aprovadas internacionalmente. Ela é uma espécie de Bíblia dos aromatistas.

Essa lista, que começou a ser feita nos anos 50, sofre alterações constantes, com substâncias sendo vetadas e adicionadas à ela.

Além disso, todos os produtos têm, por lei, que informar em seu rótulo que tipo de substâncias contém e como ele é classificado.

De modo geral, há três formas de classificação dos aromas usados na indústria: os naturais (usando matéria-prima natural), naturais reforçados (com complemento artificial), artificial (cópia do natural

Segundo a farmacêutica Sônia Costa, diretora de produtos da Vigilância Sanitária de São Paulo, o senso comum de que consumir produtos naturais é melhor para saúde é simplista e nem sempre corresponde à realidade.

"Há muitos produtos naturais que podem fazer mal", diz. Ela afirma que os abusos se concentram no uso de conservantes.

"O número de irregularidades com corantes ou produtos usados para dar sabor é muito pequeno. O que nós observamos e tentamos punir é o uso excessivo de conservantes para que o produto dure mais", afirma Sônia Costa.

LUCIA MARTINS  
da Reportagem Local

Com os olhos vendados, uma pessoa chega a sua casa com um Gel 80 e não há nada para comer. Mas a sensação é de que veio em um carro novo e que, para jantar, há camarão, lagosta, salada de tomate e vinho branco.

A ilusão pode ser criada com apenas cinco frascos com líquidos totalmente fabricados em laboratório.

O mesmo truque foi usado por uma empresa alimentícia britânica que lançou, na semana passada, cenoura com sabor de chocolate, couve-flor com sabor de queijo e milho com gosto de pizza.

Iniciativa de um instituto de combate ao câncer, a intenção foi convencer crianças a comer mais vegetais.

Os objetivos podem ser diferentes, mas essa é uma amostra de "transferência de aplicação", uma nova tendência dos aromatistas — os inventores de sensações, sabores e cheiros.

"As pessoas estão sempre buscando novos aromas e nós tentamos criá-los", diz a farmacêutica Hissako Cojima, responsável pela pesquisa feita na Givaudan-Roure, uma produtora suíça de aromas que tem filial em São Paulo.

Aromas artificiais

A área de atuação da Givaudan-Roure soma mais de 3.000 produtos diferentes. São sabores e cheiros para biscoitos, bolos, batatas fritas, bebidas, gelatinas, iogurtes, sopas, molhos, remédios, sabonetes, pasta de dentes etc.

Um produtor de biscoito que encomenda um aroma artificial de morango, por exemplo, pode escolher entre centenas de tipos diferentes de aromas da fruta produzidos em tubos de ensaio.

Pode ser mais fresco ou mais seco, mais amargo ou mais doce, mais maduro ou mais verde e até específico de uma região (cultivado em São Paulo ou no Sul do território brasileiro).

A parte desse tradicional uso de

moda de mascarar a realidade e criar um simulacro de uma nova. Como os vegetais do Reino Unido, há inúmeros exemplos no Brasil.

Apesar de não poder revelar o nome do cliente, a própria Givaudan-Roure já produziu aroma de picanha para ser colocado em bife de fígado e cheiro de queijo pralome para ser usado em queijo preto. "Quanto melhor o cheiro, mais o produto vende", afirma Cojima.

Sensações falsas

Outra fabricante de aromas, a alemã SBI, também já produziu sensações "fakes". O cheiro de carro novo já foi usado para elevar a venda de carros usados.

"O efeito psicológico é grande. Acontece o mesmo quando você coloca um aroma agradável no ar. Muitas vezes a pessoa nem percebe por que começou a ter sensação de bem-estar", diz o diretor da SBI, Jean-Claude Elkaim.

A mesma tática está começando a ser usada pelo fabricante de automóveis Renault, na França. Eles estão usando cheiro de baunilha nos acessórios do carro para fazer o motorista se sentir melhor.

O uso de substâncias "sedutoras" pela indústria se adapta às diferenças culturais. No Brasil, os produtos enviados para o Nordeste e Norte são mais doces e, para o Sul, mais amargos.

"Uma pesquisa mostrou que o eucalipto produz sensação de natureza nos europeus do norte. Já na França, lembra remédio. O mesmo ocorre com manteiga no Brasil: no Norte, as pessoas gostam dela mais rançosa; no Sul, não", diz Elkaim.

Críticas

A "transferência de aplicação" é criticada por muitos profissionais, principalmente os que trabalham com crianças. Muitos acham desaconselhável dar um vegetal com sabor de chocolate a uma criança.

"Ela tem que aprender a gostar da variedade de gostos e cheiros que existe no mundo. Uniformizar aromas é completamente errado", diz Fábio Lopez, presidente do Departamento de Nutrição da Socie-



## TESTE

# Sua família se alimenta bem?

Adaptação de Regina Stela Braga  
Consultora: Ana Cristina de Souza, nutricionista

Parece impossível ir além do bife (ou do hambúrguer) com batata frita. E é preciso diversificar a alimentação das crianças, concordam pediatras e nutricionistas. Afinal, quem come de tudo tem muito mais chances de ser saudável e de estar sempre em plena forma. Adicione brincadeiras ao cardápio, ele vai ficar bem mais gostoso



**E**ntre 2 e 7 anos, eles costumam recusar, categoricamente, novos alimentos. É uma reação bastante normal. Nesta idade, todos têm pavor do desconhecido.

Assim sendo, quando você propuser um prato novo, não obrigue seu filho a comê-lo. Peça-lhe simplesmente para provar. Se ele fizer uma careta de repúdio, tente de novo alguns dias depois. No início, ele pode recusar, mas depois de várias tentativas, vai adorar o gostinho novo, agora acompanhado de toda a doçura que você acrescentou.

Outra dica: apele para uma brincadeira, sem ser aquela tão conhecida do aviãozinho. Veja nossas sugestões.

### 1. Sopa de adivinhação

Prepare uma sopa de legumes para toda a família. Na mesa, peça para as crianças adivinharem quais os ingredientes que a compõem. Para consegui-lo, eles terão de, obrigatoriamente, prová-la!

### 2. Que queijo é esse?

Em um prato, ponha cinco pequenos pedaços de queijos diferentes. Coloque os nomes deles em um papel, mas sem identificar um por um. Peça para seu filho

dizer que nome se adapta melhor ao gosto de cada um. Cada acerto vale um ponto.

### 3. Pega-pega das frutas

Coloque uma maçã, um kiwi, uma banana, uma manga e outras frutas dentro de um saco plástico opaco. A criança deverá apalpar cada uma para reconhecê-la. Se acertar, seu prêmio será poder comê-la.

### 4. Que será, que será?

Antes de o pequeno sentar-se à mesa, vede seus olhos com um lenço. Depois, faça-o provar cada um dos pratos que compõem a refeição. Ele deverá adivinhar qual é cada um.

# Seu filho come certo?

Para saber como seu filho se alimenta, faça esse teste/jogo. Ele tomará consciência da importância dos alimentos e do lugar de cada um.

## Como responder

Para entrar no jogo, ele deverá responder as perguntas seguintes. Se a resposta for *sim*, marca o bombom ou a cenoura colocada depois da questão. No final, conte quantos bombons e quantos legumes ele ganhou.



hora certa das refeições.

SIM - NÃO



5. Antes de ir para a escola, você toma o café da manhã.

SIM - NÃO



6. Todos os dias você come legumes.

SIM - NÃO



7. Suas refeições são variadas.

SIM - NÃO



8. Você adora batatas fritas, mas só as come uma vez por semana.

SIM - NÃO



9. Você é capaz de dizer o nome de sete legumes diferentes.

SIM - NÃO



10. Geralmente, você inicia o almoço com uma salada de verduras.

SIM - NÃO



11. Come ao menos um iogurte e um pedaço de queijo por dia.

SIM - NÃO



12. Bebe leite no café da manhã ou em um outro momento do dia.

SIM - NÃO



## O LADO DOS BOMBONS

1. Enquanto você assiste à TV, sempre belisca alguma coisa.

SIM - NÃO



2. Entre as refeições, você toma bebidas açucaradas.

SIM - NÃO



3. Come tudo que cai na sua mão enquanto faz os deveres.

SIM - NÃO



4. Come quatro doces por semana.

SIM - NÃO



5. Adora salgadinhos, belisquetes, *snacks* etc.

SIM - NÃO



6. Prefere comidas fritas a cozidas.

SIM - NÃO



7. Toma refrigerante todos os dias.

SIM - NÃO



## O LADO DOS LEGUMES

1. Ao final de cada refeição você levanta da mesa satisfeito e sem fome.

SIM - NÃO



2. Você bebe apenas água durante a refeição.

SIM - NÃO



3. Todos os dias você come pão porque gosta.

SIM - NÃO



4. No meio do dia e à noite você tem fome geralmente na

## RESULTADOS



### CONTE AS CENOURAS

▲ Entre 0 e 4 cenouras: para ser o mais forte da sala, você precisa comer um iogurte, um pedaço de queijo, legumes, folhas, uma porção de carne ou de peixe, frutas, pão e farináceos, e também um copo de leite todos os dias. Esses alimentos são seus amigos!

Entre 5 e 8 cenouras: não está tão mal, mas ainda comete erros. Hoje você não terá esquecido de comer um iogurte, legumes ou folhas? Não deixou de tomar o café da manhã ou o lanche? Essas refeições são importantes porque combatem o cansaço.

▲ Entre 8 e 12 cenouras: você se alimenta muito bem. Parabéns! Já entendeu que é preciso comer de tudo, todos os dias: verduras, frutas, leite, queijo, iogurte, mas também carne e legumes.



### CONTE OS BOMBONS

▲ Entre 0 e 4 bombons: Você bem que gosta de doces e bombons, mas os come moderadamente. Isso é normal. Evite comê-los quando assiste à TV. E veja: é preferível um sanduíche a docinhos ou chocolate. Não tome refrigerante às refeições.

▲ Entre 5 e 7 bombons: ai, ai, ai... Você gosta *demais* de doces e bombons. Não precisa parar, é só comer menos. Pare de beliscar diante da TV. Troque os refrigerantes por sucos de frutas ou por leite, entre as refeições. À mesa, beba apenas água. Que tal substituir o chocolate por queijo?

# Boa mãe e boa nutricionista



Quando ele devora em alguns segundos um prato que você preparou, dá o maior orgulho, não é mesmo? Bem, afinal, desde que o mundo é mundo, cabe à mãe a delicada função de alimentar seus filhos. Para saber em que categoria de mãe *alimentadora* você se enquadra, faça nosso teste.

## Como responder

Responda as questões e depois some os pontos de acordo com a tabela.

### A. O pequeno diz que não tem fome.

1. Você o força a comer assim mesmo.
2. Fica com medo de que ele esteja doente e o submete a um verdadeiro interrogatório.
3. Faz de conta que não entendeu e continua a servi-lo do mesmo modo.
4. Procura saber a causa da falta de apetite, mas não lhe oferece outra coisa.

### B. Ele está meio gordinho. Qual a sua reação?

1. Marca uma consulta com uma nutricionista.
2. Criança gorda é sinal de saúde!
3. Os quilos da infância desaparecem na idade adulta. Não há razão para se preocupar!

4. Não entende o que está acontecendo e se sente culpada, sem saber o que fazer.

### C. Ele não quer comer legumes.

1. Só lhe dá a sobremesa depois que tiver comido tudo.
2. Corre para a cozinha para lhe fazer batatas fritas.
3. Pior para ele!
4. Pede que ele, pelo menos, prove.

### D. O que você acha da cantina da escola?

1. Um horror, não deixa seu filho frequentá-la.
2. É muito prática, pois você não precisa preparar a merenda.

3. Você não fica segura de que na cantina ele se alimenta bem.

4. Seu filho come lá regularmente e você sempre procura saber com antecedência qual o cardápio para não repeti-lo no jantar.

### E. Ele come muitos bombons.

1. Você pára de comprá-los.

2. São feitos mesmo para as crianças.

Não é você quem vai proibir.

3. Determina uma regra de consumo: dois bombons por dia, entre 16 e 17 horas.

4. Passa a comprar menos e fixa uma cota diária.

### F. Como é seu jantar?

1. Cada membro da família come o que tiver vontade.

2. É, principalmente, um momento de convívio familiar.

3. Ninguém deixa a mesa antes de terminar seu prato.

4. Sempre no mesmo horário e tudo de acordo a satisfazer os desejos da criança.

### G. De que se compõem suas refeições?

1. O principal é que sejam boas.

2. Entrada, prato principal, sobremesa.

3. Verdura, legumes, carne ou peixe e uma sobremesa que leve leite.

### H. Uma refeição deve ser:

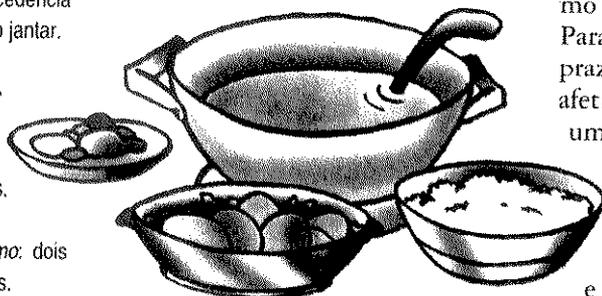
1. Satisfatória.

2. Nutritiva.

3. Energizante.

4. Funcional.

## RESULTADOS



### ▲ Entre 0 e 8 pontos: A MAMMA

Seu filho não corre o risco de morrer de fome! E o simples fato de vê-lo comer já mexe com seu humor. Se ele chora ou não se sente bem, você logo o consola com um pedaço de chocolate. Claro que é na melhor das intenções, mas tente acalmar esses instintos maternos alimentares: troque os bombons recompensas por muito carinho. É tão bom quanto e não engorda!

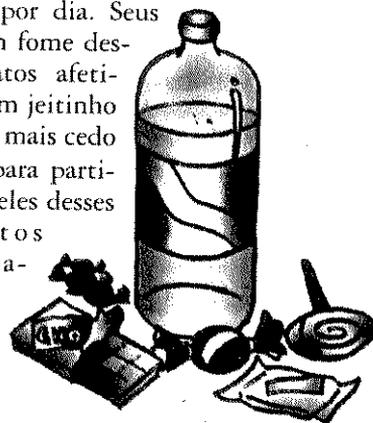


### ▲ Entre 9 e 16 pontos: A BOA MÃE

Você morre de medo de não ser uma mãe perfeita e por isso antecipa todos os desejos de seu filho. Dá comida antes que ele sinta fome, faz os pratos que pede e não deixa que espere pela refeição. Assim, ele corre o risco de se tornar caprichoso e difícil para comer: vai logo selecionar aquilo de que gosta e deixar de lado os outros pratos. A solução: ser mais firme, fazê-lo compreender que você não está a sua disposição e que ele deve comer a mesma coisa que todo o mundo.

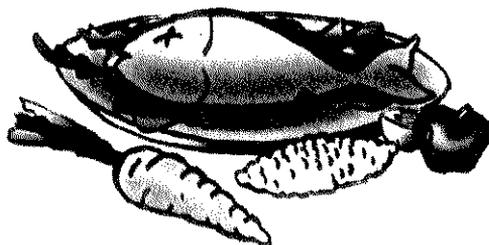
### ▲ Entre 17 e 24 pontos: A DESLIGADA

Cozinhar é uma função, assim como é preciso comer para viver. Para você, alimentar-se não é um prazer e as refeições não têm valor afetivo. Pode muito bem pular uma, principalmente no domingo. Em sua casa, todos os membros da família fazem visitas à geladeira a qualquer hora do dia ou da noite e cada um come quando tem fome. O prato em frente à TV substituiu a mesa familiar. Essa desestruturação pode levar a criança à obesidade ou à bulimia. Tente reencontrar o caminho da sala de jantar e o ritmo de três refeições por dia. Seus filhos têm fome desses contatos afetivos. Dê um jeitinho de chegar mais cedo em casa para partilhar com eles desses momentos privilegiados.



### ▲ Entre 25 e 32 pontos: A EQUILIBRISTA

Em matéria de educação, as mães geralmente têm a impressão de estar andando na corda bamba. Você não, você conseguiu o equilíbrio. Em casa, há regras de como se portar à mesa e horários preestabelecidos para as refeições. Mas isso não quer dizer que esses momentos não sejam muito alegres. Claro, é preciso negociar com os menores que não querem comer verduras e com os maiores que detestam legumes. Mas você consegue. Parabéns! Qual é mesmo seu segredo?



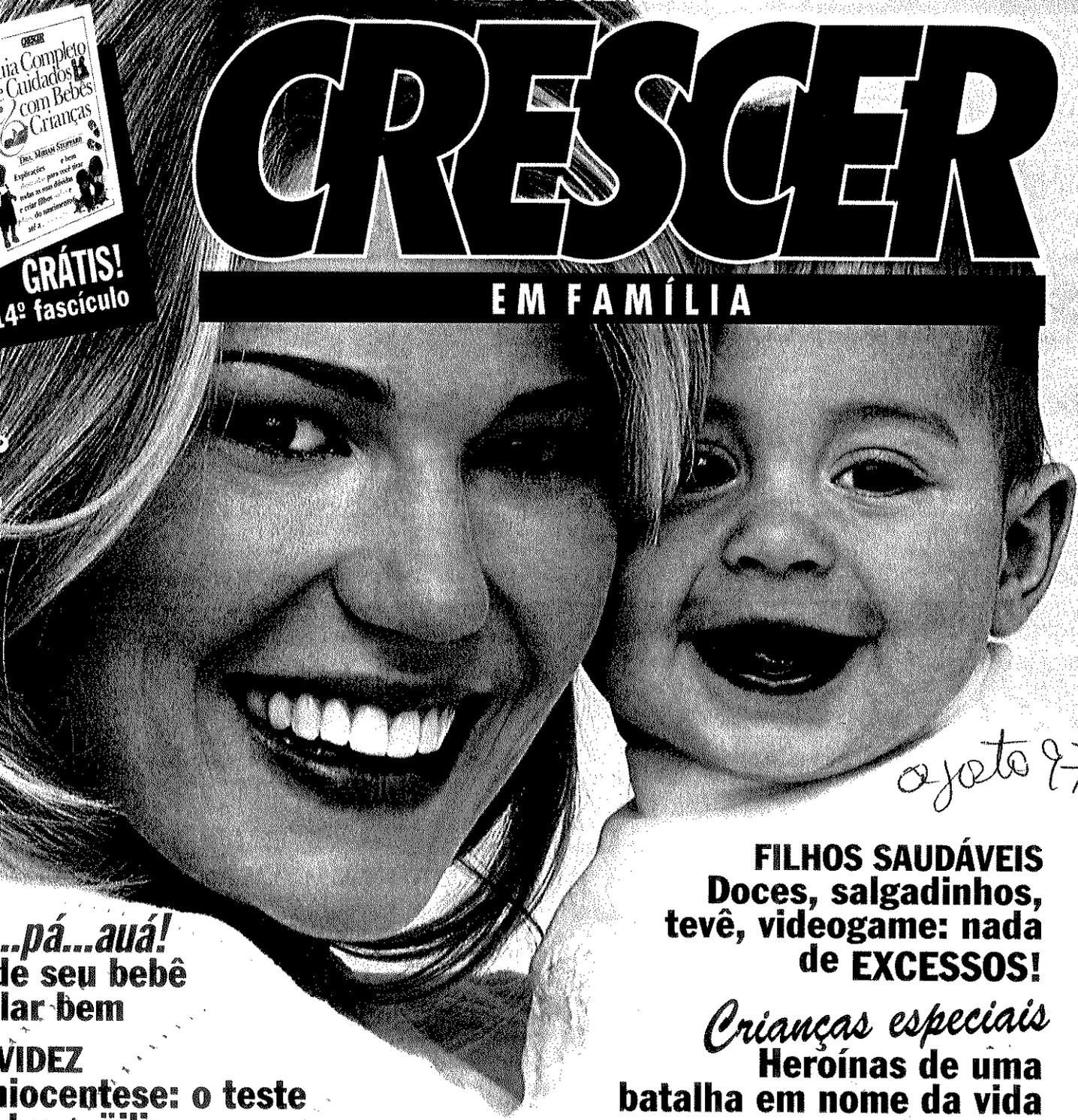
FAÇA SUAS CONTAS				
	1	2	3	4
B	4	1	3	2
D	2	3	1	4
F	3	4	1	2
H	1	4	2	3

**CRESCER**  
Guia Completo  
Cuidados  
com Bebês  
e Crianças  
Des. Monica Strassman  
e bem  
Explicações  
para mães que  
não sabem  
criar filhos  
do nascimento  
até 4

**GRÁTIS!**  
4º fascículo

# CRESCER

EM FAMÍLIA



*ajato 97*

**...pá...auá!**  
le seu bebê  
lar bem

**VIDEZ**  
niocentese: o teste  
tranquilliza

**FILHOS SAUDÁVEIS**  
Doces, salgadinhos,  
tevé, videogame: nada  
de **EXCESSOS!**

*Crianças especiais*  
Heroínas de uma  
batalha em nome da vida

# Seu corpo pede *carinho*

**DICAS PRÁTICAS PARA VENCER A FASE  
DO POS-PARTO COM SEGURANÇA**

9 770104 398006

# Devagar

*Doce, salgadinho, tevê, videogame. Em excesso, essa combinação é um risco para a saúde do seu filho.*

Lélia Chacon

**Q**uieto, na ponta dos pés, o menino tenta se equilibrar no banquinho da cozinha para alcançar uma cenoura. A mãe o pega no pulo: *Fernannnnndo! Eu já disse mil vezes que cenoura é só no fim de semana.* “Foi só um sonho que eu tive, a família é normal”, esclarece logo a engenheira química Ana Maria Caldeira Malta, mãe de Fernando, de 6 anos. Na casa dela, as crianças são fanáticas, sim, mas por salgadinhos, doces, muita tevê e videogame. “Ultimamente, o Fernando não quer outra coisa a não ser o salgadinho que vem com figurinhas dentro do pacote. E eu só dei-



# Com essa festa

xo ele comer no fim de semana.”

O sonho da engenheira, como o salgadinho do seu filho, tem sabor de infância. Quando ela era criança, numa família de oito filhos, sua mãe guardava as guloseimas da casa num armário e escondia a chave. “Só que ela vivia esquecendo o esconderijo e vinha atrás da gente: ‘Quem achar a chave ganha um doce’, dizia. Mas naquela época, uns trinta anos atrás, doce, salgadinho e refrigerante eram para visitas ou só em dia de festa”, lembra Ana Maria.

Os hábitos mudaram na

casa do menino Fernando e na maioria dos lares brasileiros. Para cerca de 50 milhões de crianças entre 0 e 14 anos — mais ou menos o tamanho do mercado de consumo infantil no Brasil, segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar, de 1992/93, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística —, praticamente todo dia, hoje, é dia de festa. Entre outras, festa do salgadinho que tem figurinha, do chocolate com surpresas, ou do iogurte que já valeu um relógio. Festa também permanente dos fabricantes de produtos infantis, que não poupam esforços em promoções estratégicas para conquistar novos consumidores.

E como conquistam! ▶



FOTO: CAIO TELLES/ROUPA COLUCCI BAMBINI

# Brindes despertam a gula infantil

**O** alto teor de gordura e sal nesses alimentos torna a criança forte candidata a um enfarto aos 30 anos

O tazo, um disquinho estampado com personagens de desenhos animados, que a criançada coleciona e desvira na velha brincadeira do "bafo", fez mais do que duplicar as vendas do fabricante que lançou o brinde em pacotes de salgadinhos. A empresa divulgou que, antes da promoção, vendia 48 milhões de pacotinhos por mês. Após o lançamento do brinde, vendeu 104 milhões, atingindo, segundo suas estimativas, cerca de 4 milhões de consumidores mirins. É um poder de convencimento de fazer inveja à maioria das mães.

## Em pé de guerra

"É uma batalha sem fim", confessa a secretária Vera Ricardo, mãe de Luís Fernando, de 7 anos e João Miguel, de 5. "O menor é o mais voraz com os salgadinhos, principalmente agora, por causa da promoção. Ele tem umas 30 figurinhas, mas a coleção só se completa com 80. Já aconteceu de ele passar mal duas vezes de tanto comer salgadinho. Fica enjoado, vomita e começa com as crises de bronquite. Eu evito comprar, mas o avô garante. João Miguel liga para ele do orelhão da escola, pedindo os salgadinhos."

Na casa de Eloísa Pires, o filho Pedro, de 9 anos, coleciona, num álbum, cartelinhas do fundo do mar. "O problema é que elas vêm na embalagem de chocolates", observa Eloísa. Sua fi-

lha mais nova, Beatriz, de 6 anos, bate o pé pelo refrigerante que a mãe teima em trocar, numa batalha diária, por sucos naturais. "A gente procura evitar esse tipo de consumo, mas trabalhando fora o dia todo é mais difícil controlar."

Igualmente difícil é afastar a criançada da tevê ou do computador. A professora de 1º Grau, Maura Lima Gonçalves, faz aos três filhos a concessão de uma hora por dia para esse tipo de diversão. No momento, o computador da casa está quebrado e o filho pré-adolescente, Daniel, fã-nático pelos joguinhos, voltou a desenhar nas horas vagas. "Na minha casa não entra chocolate, salgadinho ou refrigerante. Só minha filha caçula, de 4 anos, insiste com os doces, chicletes e balas, enquanto eu forço a barra com as frutas. Nos fins de semana ou nas férias, eu relaxo um pouco, mas acabo no prejuízo. Meus dois filhos mais velhos nunca tiveram uma cárie. A caçula já teve três", conta Maura.

Além de complicações dentárias, o consumo excessivo de doces, salgadinhos e refrigerantes, misturado ao modo de vida sedentária, diante da tevê ou do computador, pode comprometer muito mais o futuro da infância destes tempos modernos. O alerta é da endocrinologista Lea Diamant, responsável pelo setor de endocrinologia da Pediatria Assistencial do Hospital Albert Einstein, em São Paulo.

"O que está em jogo é a saúde da criança. As mães devem limitar ao máxi-

mo essas guloseimas na alimentação infantil, porque são alimentos sem valor nutricional e com alto teor, principalmente, de gordura e sal. As conseqüências já estão aparecendo nos consultórios e ambulatórios pediátricos: crianças com obesidade, hipertensão, arteriosclerose precoce, colesterol alto, fortes candidatas a um enfarto aos 30 anos de idade."

## Mistura perigosa

Para a endocrinologista, esses problemas estão todos relacionados aos hábitos de vida atual. "Pais e filhos vivem correndo, cheios de atividades. As crianças comem sanduíche de almoço, porque é mais cômodo e rápido, e as guloseimas, que talvez já tenham, pelo mesmo motivo, entrado no lanche da escola, se repetem no segundo lanche do dia. É a dieta mais prejudicial à saúde da criança. Em fase de crescimento, ela precisa de 50% a 60% de hidratos de carbono, cerca de 30% de proteína e não mais que 15% de gordura."

No ambulatório de crianças carentes do Hospital Albert Einstein, a situação é ainda mais crítica, observa a endocrinologista. "O poder aquisitivo das famílias melhorou, mas em vez de elas

reforçarem o arroz com feijão em casa, entram descontroladamente no consumo das bobagens. Estou sempre dizendo às mães que a alimentação básica do brasileiro, com arroz, feijão, carne, verduras e legumes, é das melhores do

**15%**  
**deveria ser**  
**a cota máxima**  
**de gordura**  
**na dieta**  
**alimentar,**  
**quando se está**  
**em fase**  
**de crescimento**

mundo. Não há por que ficar importando modismos alimentares do primeiro mundo.”

## O maior vilão

Coibir os excessos da gula infantil por bobagens é, indiscutivelmente, papel dos pais, mas uma pesquisa da *Consumers International*, organização que reúne as entidades internacionais de defesa do consumidor, mostra que essa tarefa não é nada fácil diante da voracidade da propaganda dirigida a crianças, veiculada principalmente nos intervalos de programas infantis na tevê. Divulgada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, a pesquisa, realizada em 13 países desenvolvidos — Austrália, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Holanda, Noruega, Suécia, Reino Unido e EUA —, apurou que a publicidade de itens saudáveis, como frutas e verduras, inexistente e que os comerciais de alimentos com alto teor de gordura, açúcar e sal respondem por mais de 50% de toda a publicidade de alimentos.

A pesquisa constata, também, que a mídia, em especial a tevê, exerce mais influência na escolha dos alimentos do que a própria família. Mas os resultados desse estímulo, ótimos para a saúde dos anunciantes, são preocupantes para a saúde do consumidor. Na Europa, um em cada quatro jovens está acima do peso ideal. Na Austrália, metade da população infantil tem colesterol alto. Na Grã-Bretanha, 75% das crianças apresentam nível de gordura no sangue acima do normal.

Em 1996, no Brasil, segundo apurou publicação do Instituto

Brasileiro de Defesa do Consumidor, três grupos de anunciantes de alimentos infantis, que incluem itens como laticínios, cereais açucarados, chocolates, sorvetes, balas e chicletes, in-

vestiram US\$ 185,3 milhões em publicidade, mais que o dobro do grupo de brinquedos e diversões, com verba de US\$ 90,6 milhões. As conseqüências desse investimento para a saúde do consumidor infantil ainda não foram traduzidas em estatísticas. Hoje, apenas engrossam as fileiras de alertas de especialistas.

## Trabalho miúdo

Mas não é preciso esperar pelos números nem tomar atitudes drásticas contra a gula infantil, como dar sumiço na tevê ou queimar doces e salgadinhos em praça pública. Não é assim que o seu

# A tevê exerce mais influência na escolha dos alimentos do que a própria família

filho, um dia, vai sair correndo todo pimpão, feliz com uma cenoura nas mãos. Você tem de agir em casa como uma incansável militante, que não abre mão de suas convicções

sobre as vantagens de um estilo de vida saudável. Mais do que estabelecer regras e horários para comer bobagens e ver tevê, é preciso valorizar no cardápio diário do seu filho ingredientes mais naturais e nutritivos, conversando com ele sobre os benefícios dessa alimentação. “Isso significa educar e dá trabalho”, ressalta a psicóloga Angela Fontana, orientadora da Pré-escola, no colégio Vera Cruz, em São Paulo. “Mas é assim, quando os pais se propõem a fazer esse trabalho miúdo, todo santo dia, que o salgadinho e todas as bobagens gostosas da infância se tornam apenas uma eventualidade.”

## TÁTICAS DE COMBATE

- **Retire da lista de supermercado, mensal ou semanal, a compra de salgadinhos, doces, iogurtes e refrigerantes. Deixe para comprar esses itens em separado, só na sexta-feira, na quantidade adequada apenas para o fim de semana. Assim, você vai reduzir drasticamente os dias da sua vida dedicados a administrar os conflitos provocados pela gula infantil. Quando seu filho pedir, a resposta é simples e honesta: “Não tem”.**
- **Dar dinheiro para a criança comprar lanche na escola pode ser mais prático do que preparar algo em casa. Mas tenha a certeza de que o resultado será salgadinho, doce e refrigerante todos os dias. Portanto, evite.**
- **Estabeleça horários e programas para o seu filho ver tevê, de acordo com a rotina que ele tem em casa. Por exemplo, um determinado desenho animado antes do banho ou do jantar, o que limitará o tempo diante da tela.**
- **Procure também, como alternativa às guloseimas e à tevê, ocupar o seu filho com brincadeiras. Até os 6 anos, um dos interesses típicos da criança é criar cenários ou histórias com imitações, fantoches e teatrinhos. Além dos brinquedos próprios para isso, você pode sugerir passatempos, como simular conversas ao telefone ou imitar pessoas da família. As crianças maiores, até 10 anos, gostam de aprender estratégias de jogo, de fazer experiências e construções e também de imaginar mundos fantásticos. São bons passatempos para elas campeonatos rápidos e caseiros (um rouba-monte ou uma disputa de damas), brincadeiras de adivinhações, a invenção de histórias malucas ou a investigação (“com que se parece?”, “que sensação você tem?”).**

## S A Ú D E

# Amamentação mantém a boa respiração do bebê

Além de todos os benefícios já conhecidos proporcionados pela amamentação, o ato previne o Insuficiente Respirador Bucal, também chamado de Síndrome do Respirador Bucal. O problema faz com que a criança respire pela boca ou através de um processo misto, utilizando parte nasal e bucal, pois não consegue respirar livremente pelo nariz.

"O bebê que suga o peito da mãe mantém os lábios vedados, adquire a postura correta da língua, desenvolve corretas funções do aparelho estomatognático e estabelece padrão correto de respiração", explica a odontopediatra Sandra Thomazinho da Cunha.

Segundo ela, o respirador bucal geralmente apresenta a boca aberta, protusão dos dentes anteriores (como um coelho), face estreita devido a falta de crescimento lateral dos maxilares, olhos inclinados nos cantos externos, para baixo, "o que lhe confere um olhar triste", olheiras, narinas estreitas, por falta de postura corporal correta", salienta.

## SÍNDROME

A criança que tem a síndrome geralmente tem a boca aberta por pura impossibilidade. "É terrível, pois está comendo e respirando ao mesmo tempo", diz. A médica ressalta que, por isso, podem ocorrer dois outros problemas: a criança deixa de comer devido à dificuldade, tornando-se muito magra ou come rapidamente, engolindo com ajuda de líquidos, podendo gerar obesidade", diz.

Sandra afirma que também podem ocorrer graves alterações oclusais (de encaixe dos dentes), além de problemas de



Sandra Cunha fala sobre vantagens para o bebê

sangramento das gengivas e grande incidência de cáries. "A dificuldade respiratória gera seqüelas no relacionamento social, familiar e afetivo. A criança, geralmente, é inquieta, irritada, ansiosa e medrosa. Provavelmente pela menor oxigenação cerebral seu sono é agitado e entrecortado". Outros indicativos são sugar o polegar, chupetas ou ainda, roer unhas.

"Prevenção em respiração é cuidar de estabelecer corretas as estruturas moles e duras, que possibilitem o ato de respirar. Através da amamentação a criança desenvolve os músculos da bochecha, língua e pescoço (aparelho estomatognático), por exemplo. O mesmo não ocorre no caso do aleitamento. "O contato prematuro com o leite de vaca também pode gerar alergias, como a rinite alérgica, o que também pode ocasionar a síndrome".

✓ **AURICULOTERAPIA.** O tratamento é feito com a aplicação de miniagulhas de acupuntura na região da orelha. Segundo o especialista Roberto Karcher, o método auxilia na recuperação principalmente das tensões do dia-a-dia, tabagismo, alcoolismo, rinite e ansiedade. O primeiro passo para o início das sessões é através da utilização de um apalpador de metal na orelha, que detecta pontos com dor. Dessa forma, descobre-se quais os órgãos do corpo estão apresentando problemas.

✓ **MASSAGEM E GINÁSTICA Infantil.** Através do toque e brincadeiras é possível descobrir medos, segredos e até as dores das crianças. A afirmação é da terapeuta Soraya Heinar. Segundo ela, os próprios pais podem aprender a conhecer os problemas e necessidades dos filhos, através desse recurso, e ajudá-los a se recuperar. A shantala (arte de focar o corpo) pode ser iniciada com o bebê. A ginástica vem na sequência para estimular o alongamento.

✓ **CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE.** Dores constantes na região da panturrilha (batata da perna) somente no ato de andar, cessando quando a pessoa pára, são sinais de falta de sangue na musculatura inferior da perna, doença chamada de claudicação intermitente. Segundo o angiologista Carlos Henrique da Rosa, em 90% dos casos, o problema é originado pela arteriosclerose das artérias dos membros inferiores, ou seja, um acúmulo de gordura. A prevenção se dá com uma dieta regular, controle de peso e prática de exercícios físicos. O tratamento começa com a eliminação dos fatores de pré disposição, como obesidade, diabetes e hipertensão, entre outros. Andar diariamente e evitar o tabagismo também são grandes elementos para a recuperação.

✓ **SOROPOSITIVOS.** Alternativas terapêuticas à base de medicamentos homeopáticos já estão sendo utilizadas como opções para melhorar o estado emocional dos portadores do HIV e doentes de AIDS. Em paralelo, são realizadas sessões de psicoterapia, reuniões com a família do paciente e dinâmicas com argila. Segundo o analista Eduardo Perez, a principal dificuldade a enfrentar é o preconceito. "Na maioria dos casos, chega a expulsar a pessoa de casa", conta. Nessas sessões só não são aceitos soropositivos que tomem coquetel ou medicamento alopata. Mais informações pelo telefone 65-9780.

# Garoto mágico vive na 11 anos comendo patê vegetariano

*Daniel Parkes parece saudável e pratica esportes, deixando nutricionistas espantados*

**L**ONDRES – Os nutricionistas estão admirados com a sobrevivência de um garoto de 11 anos que ao longo de toda a vida se alimentou de sanduíches de marmite, um tipo de patê vegetariano composto de extrato de trigo e legumes, sal, niacina, tiamina, ácido fólico e vitamina B12, e que não contém nenhuma gordura ou açúcar. Daniel Parkes recusa-se a comer carne, peixe, frutas, legumes e cereais. No café da manhã, o garoto come uma torrada de marmite, disse sua mãe, Lynne.

Os professores da escola Saint Josephs em Newton Abbot, na região de Devon, foram alertados para o comportamento de Daniel quando seus colegas de classe escreveram redações sobre amizade, com o tema “meu companheiro”. Daniel escreveu um hino em louvor à sua refeição preferida.

Ele leva sua refeição em uma

lancheira e, quando volta da escola, come sempre os mesmos sanduíches no jantar. A família quando viaja precisa transportar potes e mais potes do patê.

**Dieta** – Além de leite e suco de laranja, de vez em quando Daniel come barras de chocolate, queijo fresco, nozes e uvas-passas.

Wynnie Chan, uma cientista da Fundação Britânica de Nutrição, disse estar surpresa com a capacidade de sobrevivência do garoto com essa dieta, sem que tenha desenvolvido algum problema de saúde.

Essa base de alimentação é pobre em proteínas e fibras. Nessa idade, a energia e as exigências nutricionais dele são muito altas. Há um pouco de proteína no leite, mas nem de longe o necessário

para atender as suas necessidades.

Daniel parece saudável e atlético. Ele diz que já experimentou batatas fritas, hambúrgues e pizzas, mas detestou.

A mãe dele, Lynne, de 41 anos, conta que ele nunca gostou de comida sólida. (*The Guardian*)

**D**IETA É  
POBRE EM  
PROTEÍNAS  
E FIBRAS

SEXTA-FEIRA, 10 DE ABRIL DE 1998

A10 - O ESTADO DE S. PAULO

**GERAL**  
**SAÚDE**

Anexos sobre relatos  
dos fonoaudiólogos



A/C.: IRENE MARCHESAN

CRISTINA MENDONÇA PUPIN MENEGALE, fonoaudióloga, com registro no CRF<sup>a</sup> 4053/SP., formada pela PUCCAMP em 1986, atuando em clínica particular desde janeiro de 1987, desenvolvendo um trabalho de motricidade oral em pacientes com este distúrbio, associado ao tratamento ortodôntico, trocando informações e orientações com o ortodontista responsável.

Geralmente, encontro esses pacientes com uma alimentação ruim, rejeitando muitas vezes alguns alimentos e com muita dificuldade em variar e experimentar alimentos diferentes. São geralmente alimentos como verduras, legumes, frutas e carnes os mais rejeitados e a alimentação saudável é trocada por enlatados e alimentos industrializados.

Quando esse paciente é criança ou adolescente, a dificuldade é ainda maior em variar a alimentação, e ainda nota-se grande resistência da família em promover essa mudança de hábito, que prefere que a criança coma "porcarias" a ficar sem comer. Quando estou tratando de adulto, noto um conceito preestabelecido em alimentos preferidos e uma grande resistência em experimentar alimentos novos.

Desde o primeiro encontro, oriento e justifico a necessidade de se ter uma alimentação balanceada e natural, enfocando as grandes vantagens que uma mastigação mais efetiva irá proporcionar para esse paciente com alteração na motricidade oral. Nesta tentativa de mudar o hábito do paciente, procuro oferecer diversos tipos de alimento e diversas formas de preparo para cada um durante o atendimento, e neste caso, às vezes, o paciente até come, mas nem sempre é bem aceito.

Contudo, esse esforço não está sendo eficaz, visto que não se consegue mudar os hábitos alimentares do paciente, nem da família.

Piracicaba, 21 de maio de 1998.

*Cristina*

Meu nome é Ana Lúcia Aguirre sou fonoaudióloga, CRFa 3643 formada na PUCAMP na turma de 1985, portanto com experiência clínica de 12 anos na cidade de Atibaia - SP.

Trabalho com diversas patologias, entre elas motricidade oral e gostaria de salientar aqui que encontro algumas dificuldades nesta área.

Uma delas é com a mudança dos hábitos alimentares dos pacientes que necessitariam desta alteração.

No meu ponto de vista estes hábitos envolvem a família deste paciente e isto implicaria em mudanças estruturais e às vezes até mesmo de herança culturais como a descendência de cada família (japonês, italiano, etc.), onde se predominam certos tipos de alimentos e com isso os hábitos persistem.

Ana Lúcia Aguirre

Trabalho há doze anos em consultório particular, na cidade de Atibaia interior de São Paulo. Em motricidade oral, encontro extrema dificuldade em mudanças nos hábitos alimentares de paciente. Embora seja um assunto muito mencionado com o paciente e família, em termos de importância, para bom desempenho de sistema estomatognático, encontro muita resistência.

Realizado o tratamento fonoaudiológico não se verificam mudanças consideráveis no padrão alimentar sobretudo quando se tratam de crianças na faixa etária inferior a 12 anos. Já na adolescência encontro maior disponibilidade as mudanças quando trabalho é com o adolescente em si.

Rosemary Andreucci Stopa Bernardes  
Fonoaudióloga formada na PUCCAMP em 1985  
CRFa 3.500/SP

