

Moniki Aguiar Mozzer Denucci

Encefalopatia Crônica da Infância

um enfoque
fonoaudiológico
em atuação
na estimulação
precoce

The background features a dark blue, low-poly geometric pattern. Overlaid on this are wireframe illustrations of a large butterfly in the upper left, a smaller butterfly in the upper right, and a large leaf in the center. At the bottom, there are several smaller wireframe leaves and a trail of glowing white dots.

Moniki Aguiar Mozzer Denucci

Encefalopatia Crônica da Infância

um enfoque
fonoaudiológico
em atuação
na estimulação
precoce

| São Paulo | 2020 |  pimenta

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2020 a autora.

Copyright da edição © 2020 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - CC BY-NC (CC BY-NC-ND). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural pela autora para esta obra. O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade da autora, não representando a posição oficial da Pimenta Cultural.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Airton Carlos Batistela
Universidade Católica do Paraná, Brasil

Alaim Souza Neto
Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Alexandre Antonio Timbane
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Alexandre Silva Santos Filho
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Aline Daiane Nunes Mascarenhas
Universidade Estadual da Bahia, Brasil

Aline Pires de Moraes
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Carolina Machado Ferrari
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Andre Luiz Alvarenga de Souza
Emill Brunner World University, Estados Unidos

Andreza Regina Lopes da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil

Arthur Vianna Ferreira
Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Bárbara Amaral da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Beatriz Braga Bezerra
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Bernadette Beber
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Breno de Oliveira Ferreira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Carla Wanessa Caffagni
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Daniel Nascimento e Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Danielle Aparecida Nascimento dos Santos
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Delton Aparecido Felipe
Universidade Estadual de Maringá, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Doris Roncarelli
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Emanoel Cesar Pires Assis
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Erika Viviane Costa Vieira
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Everly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fauston Negreiros
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Fernando Barcellos Razuck
Universidade de Brasília, Brasil

Francisca de Assiz Carvalho
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Gabriela da Cunha Barbosa Saldanha
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Gabrielle da Silva Forster
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Guilherme do Val Toledo Prado
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Vitoriano
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helen de Oliveira Faria
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Heloisa Candello
IBM e University of Brighton, Inglaterra

Heloisa Juncklaus Preis Moraes
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Ismael Montero Fernández,
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Jeronimo Becker Flores
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

José Luís Giovanoni Fornos Pontificia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Josué Antunes de Macêdo
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Júlia Carolina da Costa Santos
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Julia Lourenço Costa
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliana Tiburcio Silveira-Fossaluzza
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Karlla Christine Araújo Souza
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leandro Fabricio Campelo
Universidade de São Paulo, Brasil

Leonardo Jose Leite da Rocha Vaz
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lidia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Luan Gomes dos Santos de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Luciano Carlos Mendes Freitas Filho
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Marceli Cherchiglia Aquino
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Marcia Raika Silva Lima
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Marcus Fernando da Silva Praxedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Margareth de Souza Freitas Thomopoulos
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Maria Angelica Penatti Pipitone
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Maria Cristina Giorgi
*Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria de Fátima Scaffo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Maria Isabel Imbroni
Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luzia da Silva Santana
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Sandra Montenegro Silva Leão
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Miguel Rodrigues Netto
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patrícia Helena dos Santos Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Patrícia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Patrícia Mara de Carvalho Costa Leite
Universidade Federal de São João del-Rei, Brasil

Paulo Augusto Tamanini
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Priscilla Stuart da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Radamés Mesquita Rogério
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Ramofly Bicalho Dos Santos
Universidade de Campinas, Brasil

Ramon Taniguchi Piretti Brandao
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Rarielle Rodrigues Lima
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Renatto Cesar Marcondes
Universidade de São Paulo, Brasil

Ricardo Luiz de Bittencourt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rita Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcisio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Universidade de Brasília, Brasil

Thyana Farias Galvão
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Valdir Lamim Guedes Junior
Universidade de São Paulo, Brasil

Valeska Maria Fortes de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wagner Corsino Enedino
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wanderson Souza Rabello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Washington Sales do Monte
Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle - Canoas, Brasil

Adriana Flavia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alessandra Dale Giacomini Terra
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alessandro Pinto Ribeiro
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Marques Marino
Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Brasil

Aline Patricia Campos de Tolentino Lima
Centro Universitário Moura Lacerda, Brasil

Ana Emidia Sousa Rocha
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Ana Iara Silva Deus
Universidade de Passo Fundo, Brasil

Ana Julia Bonzanini Bernardi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Rosa Gonçalves De Paula Guimarães
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Antonio de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Anne Karynne da Silva Barbosa
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Antônia de Jesus Alves dos Santos
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ariane Maria Peronio Maria Fortes
Universidade de Passo Fundo, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Bianca Gabriely Ferreira Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruna Donato Reche
Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Camila Amaral Pereira
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Carolina Fontana da Silva
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carolina Fragoso Gonçalves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Cecília Machado Henriques
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Cintia Morales Camillo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Claudia Dourado de Salces
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Cleonice de Fátima Martins
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Cristiano das Neves Vilela
Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniella de Jesus Lima
Universidade Tiradentes, Brasil

Dayara Rosa Silva Vieira
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Rodrigues dos Santos
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Deborah Susane Sampaio Sousa Lima
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Diogo Luiz Lima Augusto
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Ederson Silveira
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Elaine Santana de Souza
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Elias Theodoro Mateus
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Elisiane Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabeth de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elizânia Sousa do Nascimento
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Emanuella Silveira Vasconcelos
Universidade Estadual de Roraima, Brasil

Érika Catarina de Melo Alves
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Everton Boff
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Fabiana Aparecida Vilaça
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Fabiano Antonio Melo
Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Fabírcia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Fabrírcio Nascimento da Cruz
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Francisco Isaac Dantas de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Francisco Jeimes de Oliveira Paiva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Gean Breda Queiros
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Germano Ehler Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Glaucio Martins da Silva Bandeira
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Graciele Martins Lourenço
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Handherson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Heliton Diego Lau
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Jeane Carla Oliveira de Melo
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

João Eudes Portela de Sousa
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil

João Henriques de Sousa Junior
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Juliana da Silva Paiva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Lais Braga Costa
Universidade de Cruz Alta, Brasil

Leia Mayer Eyng
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos dos Reis Batista
Universidade Federal do Pará, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar Rivelli de Oliveira
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Miriam Leite Farias
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Natália de Borba Pugens
Universidade La Salle, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raick de Jesus Souza
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Railson Pereira Souza
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Valdemar Valente Júnior
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Wallace da Silva Mello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil
Wellton da Silva de Fátima
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil
Wilder Kleber Fernandes de Santana
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.



Direção editorial Patricia Bieging
Raul Inácio Busarello
Diretor de sistemas Marcelo Eyng
Diretor de criação Raul Inácio Busarello
Assistente de arte Ligia Andrade Machado
Imagens da capa Inkoly, Vectorsstock - Freepik.com
Editora executiva Patricia Bieging
Assistente editorial Peter Valmorbida
Revisão Moniki Aguiar Mozzer Denucci
Autora Moniki Aguiar Mozzer Denucci

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D415e Denucci, Moniki Aguiar Mozzer -
Encefalopatia crônica da infância: um enfoque
fonoaudiológico em atuação na estimulação precoce.
Moniki Aguiar Mozzer Denucci. São Paulo: Pimenta Cultural,
2020. 108p..

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5939-017-5 (eBook)

978-65-5939-018-2 (brochura)

1. Encefalopatia. 2. Fonoaudiologia. 3. Infância. 4. Criança.
5. ECI. I. Denucci, Moniki Aguiar Mozzer. II. Título.

CDU: 614

CDD: 614

DOI: 10.31560/pimentacultural/2020.175

PIMENTA CULTURAL

São Paulo - SP

Telefone: +55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com



2 0 2 0



*“...Mire, veja: o mais importante e bonito,
do mundo, é isto: que as pessoas não
estão sempre iguais, ainda não foram
terminadas - mas que elas vão sempre
mudando. Afinam ou desafinam. Verdade
maior. É o que a vida me ensinou...”*

João Guimarães Rosa

AGRADECIMENTO

Quero expressar aqui a minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram para meu crescimento e amadurecimento tanto como pessoa, quanto como profissional da Fonoaudiologia.

Ao meus pais, Rosângela e José Hideraldo, por me darem a oportunidade do estudo desde cedo e a minha irmã Keitti, pela paciência e cuidado sempre. Vocês foram a base!

À Marlene por seu carinho e apoio. Você é um grande exemplo de força e determinação!

Ao ao meu esposo Aldo, pelo cuidado, por acreditar em mim, mesmo quando eu não acreditava, por seu amor e companheirismo, por ser amigo das horas de luta e de empenho. Amor, você nunca me deixou desistir!

À minha irmã de alma Regilane Duarte Linhares, que sempre ouviu minhas ideias e questionamentos, compartilhando do universo da Psicologia com tanta sabedoria e vibrou comigo cada conquista desde sempre. Você é grande!

Às minhas grandes amigas fisioterapeutas Priscila Verdan e Ticiane Godinho que muito me ensinaram desde sempre sobre a criança com ECI, compartilhando momentos e saberes. Vocês são Luta!

Aos amigos, familiares, alunos—grandes incentivadores da eterna construção em que me encontro. Vocês me motivam, impulsionam e me encorajam nesse universo da escrita.

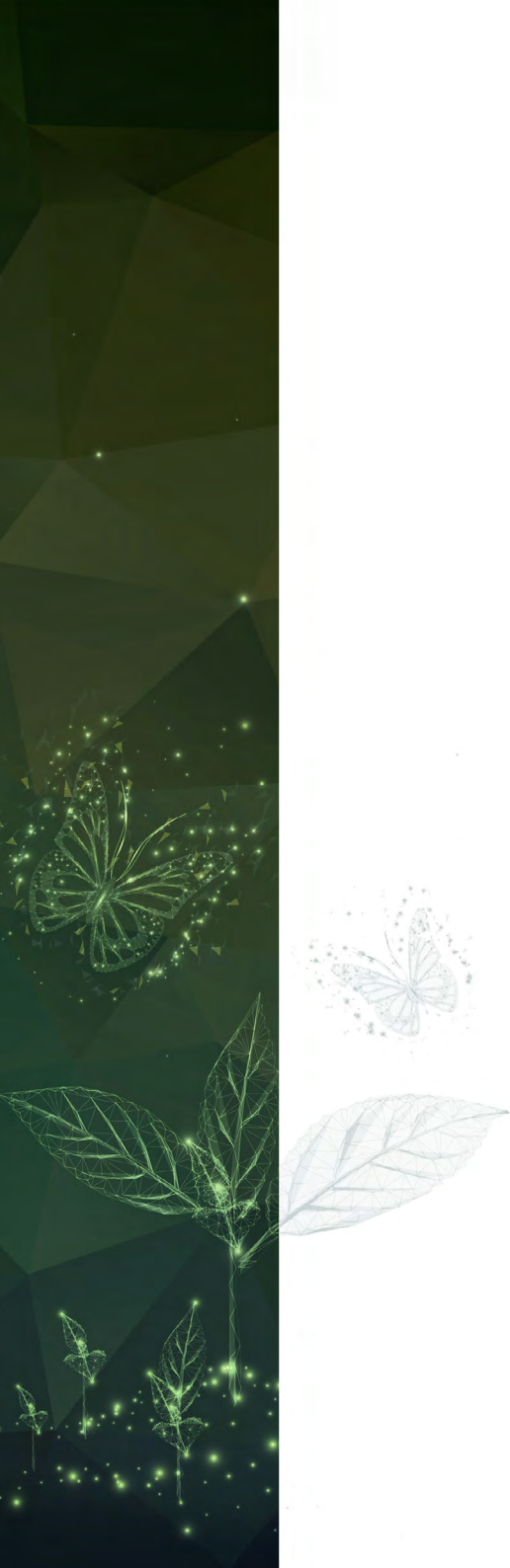
Gratidão a todas as instituições e lugares onde trabalhei e pude me alimentar das diversas ideias, dos diversos profissionais que encontrei. Vocês foram essenciais!

Minha admiração e gratidão eterna a todos os professores, orientadores e grandes mestres que encontrei nessa vida e pude aprender e absorver cada palavra e leitura, fruto de seus trabalhos. Vocês foram luz!

Às mãezinhas que pude atender com seus filhotes, que por sua condição de existência e natureza já são especiais. Toda minha gratidão por confiarem no meu trabalho e orientações, po confiarem seus filhos aos meus cuidados e por me confidenciarem tanto...tanto... tanto...vocês são resistência e luta! Gratidão por me ensinarem tanto.

E minha gratidão eterna e infinita a todas as crianças com Encefalopatia crônica da Infância que eu encontrei nesta vida. Se uma palavra pudesse definir essa condição tão particular e única, seria Resiliência. Gratidão por dividirem comigo seus universos e me deixarem fazer parte da construção de suas vidas nessa aventura que é viver. Vocês me inspiram!

Minha gratidão especial ao Bernardo. Meu paciente, amigão e razão para crer que existe um propósito em tudo o que fazemos. Obrigada por mostrar o caminho e apontar sempre confiante que tudo vai ficar bem. Mesmo em um subir e descer diário, em meio a tantas dificuldades, você sempre sorri com a alma. Nenhuma tempestade tirou sua alegria e dificuldade alguma fez com que você desistisse. Você é Força!



DEDICATÓRIA ESPECIAL

Dedico esta obra ao meu filho Aldo,
inspiração diária de garra, resiliência,
alegria e força motriz de toda minha
luta. A ti, dedico todo meu amor,
cuidado e luta.

SUMÁRIO

Prefácio	15
-----------------------	-----------

Regilane Duarte Linhares

Apresentação.....	17
--------------------------	-----------

Introdução.....	18
------------------------	-----------

Capítulo 1

Encefalopatia crônica da infância.....	25
---	-----------

Capítulo 2

História e definição das encefalopatia crônica da infância	37
---	-----------

Capítulo 3

Desenvolvimento reflexo típico da criança e na criança com ECI	59
---	-----------

Capítulo 4

Alterações fonoaudiológicas na criança com ECI	66
---	-----------

Capítulo 5

Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce e sua importância para a criança com ECI	72
--	-----------

Breves considerações finais	98
Mensagem final	101
Referências bibliográficas	102
Índice remissivo.....	105
Sobre a autora	108



PREFÁCIO

Neste exato momento em que você se encontra com este livro em mãos tenha carinho ao segurá-lo, mas segure-o com firmeza, pois essas páginas falam de pessoas mais que especiais. Falam de humanos que precisaram lutar desde o nascimento pelo dom mais precioso: a vida. Pessoas que na sua caminhada neste mundo contam com ajuda de outras pessoas igualmente especiais, que são pais, irmãos e amigos..., escolhidos para ampará-los em suas necessidades e fazê-los desenvolver da maneira mais plena. Para o profissional que escolhe trabalhar com essas pessoas também não é diferente. Existe um chamado, mais que especial, aos que se decidem por essa tarefa e aqueles que conseguem compreender o tamanho dessa missão ganham mais que um trabalho, ganham um propósito de vida.

O presente livro, “Encefalopatia Crônica da Infância: um enfoque fonoaudiológico em atuação na estimulação precoce”, aborda com sensibilidade e respeito informações importantes para pais e interessados no assunto. Mas também se faz leitura imprescindível para profissionais, tanto fonoaudiólogos como de outras áreas, que atuam no processo terapêutico de pessoas com Encefalopatia Crônica da Infância ou que desejam atuar com pessoas com deficiência.

O conteúdo que você terá a oportunidade de ler aqui é mais do que transmissão de conhecimento, ele foi construído em anos de experiência, em uma prática baseada no afeto, no profissionalismo e na desconstrução de conceitos e preconceitos. A autora deste livro, que eu tenho a honra de chamar de amiga, é uma dessas pessoas especiais referidas anteriormente, que conseguiu compreender sua atuação profissional como um propósito maior e hoje compartilha parte de seu aprendizado conosco.

Eu conheci esse ser especial, a Fonoaudióloga Moniki, como colega de trabalho e pude ver de perto sua atuação dedicada como profissional e o empenho de doar seu melhor em cada atendimento. Sempre preocupada em orientar de forma clara as famílias de seus pacientes, captando suas angústias e dúvidas, transformando-as em cuidado.

Também tenho a honra em tê-la como uma grande amiga e poder ver de perto o quanto ela é especial também no âmbito pessoal. Como mãe, que é de longe seu mais grandioso feito, ela é sobrenatural, “Aldinho” tem muita sorte em tê-la. Como amiga, posso afirmar que ela é sempre atenta e cuidadosa com todos. E para quem não a conhece, eu diria que ela tem o dom da Fênix: de renascer, ressurgir e ressignificar as coisas, e que ela o carrega como sua marca em tudo que faz e conseguiu imprimir isso em cada tópico deste livro, com embasamento científico e humanidade.

Obrigada, amiga por ter compreendido seu chamado e por compartilhar um pouco da sua experiência com todos dando vida a este livro.

Tenham uma boa leitura!

Regilane Duarte Linhares

APRESENTAÇÃO

Trabalhar com pessoas com deficiência é um dom. Um caminho que percorremos, carregando conosco todas as sensações e sentimentos vivenciados pelas diversas famílias que iremos trabalhar.

É desafiador, transgressor!

A criança com deficiência é um agitador social; espera-se mudanças, quebra de rupturas e de paradigmas. Ela vem para agregar, para mudar todo o contexto social e a vida de quem ela faz parte.

Ela é Luta!

É sorriso, mesmo na dor.

É linguagem, mesmo às vezes no silêncio.



INTRODUÇÃO

“E o futuro é uma astronave
Que tentamos pilotar
Não tem tempo nem piedade
Nem tem hora de chegar
Sem pedir licença
Muda nossa vida
E depois convida
A rir ou chorar
Nessa estrada não nos cabe
Conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe
Bem ao certo onde vai dar
Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela
Que um dia enfim
Descolorirá...” (Toquinho)

A criança com encefalopatia crônica da infância, sempre esteve presente em minha vida, na família, na graduação e principalmente na vida profissional. Meu interesse por este assunto vai para além da fonoaudiologia e da terapia.

Essa terminologia ainda de pouco conhecimento (não, eu não fiquei com preguiça de pesquisar), infelizmente as pessoas ainda falam paralisia cerebral. Esse termo, há muitos anos já vem entrando em desuso. Pois, nos traz uma ideia de um cérebro paralisado. E o que vislumbramos hoje é bem diferente do que a terminologia nos traz.

No capítulo destinado a história e definição da terminologia, será abordado mais claramente e acerca deste conteúdo.

Com essa obra, citando Freud (que tem muito a ver com ECI):
“Não desejo suscitar convicções, o que desejo é estimular o pensamento e derrubar preconceitos.” Sigmund Freud

Sim! Exatamente!! O que desejo vai muito além de criar novas ideias, desejo estimular o pensamento e abrir as janelas que muitas vezes estão fechadas sob o véu do preconceito, das perspectivas e sonhos amarrados e presos em corpos sedentes de entusiasmo e credibilidade de seus terapeutas, familiares e cuidadores!

Me sinto honrada em ter feito parte da vida de tantas crianças com ECI, tanto na clínica fonoaudiológica, quanto na Equoterapia (método que eu sou terapeuta licenciada e pude trabalhar por muitos anos).

Falar de ECI, me remete ao meu primeiro paciente, ainda na graduação, no ano de 2005. Um menino lindo, alegre e cheio de sensibilidade. Era tão bonito ver o carinho dele por todos e sua alegria de viver – isso nos motiva!

Em 2008, comecei a trabalhar em uma instituição para crianças com deficiências, nela continha setores de atendimento como: estimulação precoce, ensino individualizado, educacional e ambulatorial. Praticamente passei treze anos atuando como fonoaudióloga nessa instituição e passei por todos os setores – uma característica da fonoaudiologia, transitar em todos âmbitos!

Nesta instituição, tive a felicidade de conhecer muitas crianças, dentre elas, uma que acompanhei da minha chegada até minha saída. A história dele é recheada de momentos alegres, de sofrimento, de medo e de grandes ensinamentos.

Com toda certeza, temos uma identificação muito grande um pelo outro, coisa que realmente, levarei comigo no coração. Tenho grande respeito pela sua história, de sua mãe e suas risadas sempre são lembradas no âmago do meu ser. Por favor não se assustem, falo assim pois não trabalho mais nessa instituição.

Como não me questionar frente a paciente tão especiais? O que fazer para que eu possa ser um agente modificador dessa história? Tantas histórias...

A ECI ainda cruza a minha vida, quando em 2019 resolvi levar adiante um grande sonho da minha vida – à docência – animada, pela oportunidade (suada e duramente conquistada) de um mestrado, acabei tomando coragem e me candidatando a uma vaga como professora no curso de Fonoaudiologia em uma Universidade.

E a ECI estava lá, como uma disciplina do curso. Com toda certeza eu me sentia encorajada para tentar essa vaga. Enfim, conquistei a oportunidade e segui firme.

Assim, conto um pouco do porquê falar desse assunto. Busco a inclusão, a estimulação, o acesso, rupturas... deste ser que é anárquico, que revoluciona e que nos ensina a romper paradigmas.

A criança com ECI traz consigo subjetividades que estão conectadas em seus diversos âmbitos de vida. Ela nos mostra que sua inserção social está muitas vezes, condicionada e presa ao corpo. Sendo este a grande problemática e impedimento a esse acesso. O corpo da pessoa com ECI é afetado. Pois a ECI é um grupo não-progressivo, mas frequentemente mutável, de distúrbios motores, relacionados ao tônus e a postura, que ocorrem no cérebro em desenvolvimento.

Assim como o corpo e em muitos casos em decorrência dele, a linguagem é afetada de modo muito particular, pois as crianças ficam restritas a experimentação e vivência que seus cuidadores e responsáveis permitam que ela realize – ou seja, não se configura como autora no seu processo/construção de desenvolvimento.

O processo de construção do conhecimento dos indivíduos com ECI acontece muitas vezes em cima de limitações motoras

a que a ECI impõe a eles. Desta forma, elas terão dificuldades em realizar determinadas atividades necessárias à sua construção linguística, motora e sensorial, restringindo seu campo de experiências e aprendizado. Portanto, como uma criança com ECI construirá seu universo linguístico? De que forma ela se posicionará frente a sua linguagem, comunicação, quereres se ela está condicionada à sua questão motora?

Atividades motoras e de linguagem, têm uma relação íntima, caminham juntas desde o começo do desenvolvimento. Há uma precedência da atuação sensório-motora sobre a mental, o que mais tarde, acontece em antecipação da ação mental, nos levando a entender que a aprendizagem conduz a um constructo de relações novas.

Falar de atuação fonoaudiológica na ECI, só reforça a condição de quanto a Fonoaudiologia é algo simples e ao mesmo tempo complexo. O Fonoaudiólogo que atua nessa área sabe, vive, pensa e sente que precisa abraçar algo muito maior que trabalhar as sequelas neuromotoras que a ECI deixa na criança no que tange à sua alimentação, por exemplo. É imprescindível sua atuação desde a orientação às famílias à terapia dos aspectos sensório motor oral, até os de aprendizagem e linguagem, pois todas as ações refletem no ponto de vista social.

O reconhecimento que a criança com ECI precisa de acompanhamento das diversas disciplinas desde o seu nascimento é uma conquista que implica diretamente no prognóstico terapêutico e essa perspectiva, muda significativamente os campos da área da saúde, educação e proteção social. Portanto, desde ao programa de intervenção precoce à estimulação precoce, a fonoaudiologia traz sua contribuição junto as crianças e as suas famílias.

A atuação fonoaudiológica na estimulação precoce vem com o objetivo de proporcionar às crianças de alto risco ou com necessidades

especiais, uma forma de diminuir ou eliminar os efeitos dos transtornos que apresentam, como também evitar o aparecimento de outros, possibilitando assim, um desenvolvimento equilibrado, como aumento do potencial existente para garantir uma evolução positiva nas etapas posteriores, oferecendo assim, melhor qualidade de vida e condições mais adequadas de desenvolvimento.

A criança segundo Sueli Limongi (1998), construirá seus esquemas, sendo condicionadas a ação no meio, onde está atribuído significado à sua experiência tanto do ponto de vista exógeno, quanto endógeno.

A criança com ECI devido a sua alteração motora e sensorial, necessita de acompanhamento e orientação desde o seu nascimento, não somente ela, mas sua família também precisa. É importante que ela esteja inserida em um programa de estimulação precoce que contemple um acompanhamento fonoaudiológico para que assim suas potencialidades sejam trabalhadas nos diversos contextos correlacionados a essa área, bem como a linguagem, através do sistema sensorio-motor oral, das funções estomatognáticas (deglutição, fala, sucção, respiração e mastigação), vestibulares (equilíbrio), proprioceptiva (tátil), visão, audição, paladar e olfato.

Do ponto de vista sensorial, é de grande relevância salientar que o desenvolvimento de si mesmo e do meio ambiente, assim como o reconhecimento de tudo o que o ser humano pode fazer, são devidos às múltiplas informações sensoriais que chegam ao organismo. Essas vias de entrada são tidas como “molas” de ação da atividade motora, e dão ao organismo ótimas condições de integração no sistema nervoso central.

A estimulação precoce, é uma estimulação básica capaz de fornecer as condições necessárias para a criança atingir o pleno desenvolvimento de suas capacidades. Ela deve ter início logo no

nascimento e permanecer até os 4 anos de idade, período onde ocorre gênese nas sinapses de maneira mais intensa.

Portanto este trabalho tem a proposta de mostrar um pouco da atuação fonoaudiológica, demonstrando sua importância na estimulação precoce em crianças com Encefalopatia Crônica da Infância, bem como suas subjetividades. Em particularidades dentro de um viés terapêutico na busca de um olhar mais holístico e que ofereça subsídios para todos os envolvidos neste processo – que perpassa toda as áreas da construção do ser humano.

Os benefícios da estimulação precoce, e papel do fonoaudiólogo no processo de aprendizagem viabilizando as conexões sensoriais e motoras são indispensáveis nessa fase da vida.

A atuação descrita, sugere a presença do profissional de fonoaudiologia na equipe de estimulação precoce em um trabalho interdisciplinar com toda a equipe, buscando uma visão que embora holística, leve em conta as particularidades desta patologia e as possibilidades de uma vida com qualidade, para que se possa oferecer à criança a estimulação adequada, possibilitando aquisições e transformando a sua relação social

1

ENCEFALOPATIA CRÔNICA DA INFÂNCIA



“Geralmente quando nasce uma criança,
há quem diz: é a cara do pai, outros
acham que é a cara da mãe.

Mas, quando nasce uma criança especial,
poucos se arriscam a dizer como que se parece,
porém, sem dúvida é a cara da família e o
corpo da sociedade”. (BRITO, 2000)

ASPECTOS HISTÓRICOS ACERCA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ao pensar as deficiências, faz-se necessário uma compreensão acerca do seu contexto histórico. Pois é através do conhecimento do passado, que podemos compreender e modificar o futuro.

A preocupação com o estudo acerca da criança, bem como o desenvolvimento infantil, é relativamente jovem. As modificações no cenário das deficiências perpassam os relacionados ao estudo da criança. Até o século XVII, de acordo com D’Avila & Viana (2008), não era dado uma ênfase especial à infância, sendo essa não compreendida como uma fase distinta do ciclo vital.

Não havia o conhecimento de que tudo que as crianças experienciam e vivem, influenciam no seu desenvolvimento, inclusive cognitivo.

No período colonial, as crianças pequenas eram tratadas até certo ponto como adultos e era esperado delas que realizassem tarefas de adultos, como tricotar meias, fiar lã. E foi a partir desse mesmo século, que a criança se tornou um ser “especial” onde começou-se a pensar a infância de uma outra forma, distanciando as obrigаторiedades e afazeres adultos, dos infantis.

Essa mudança, ocorre também por influência religiosa, onde a igreja e a família passam a exercer a tarefa de cuidar da criança, vislumbrando o objetivo de assegurar sua proteção e disciplina (EHRENREICH & ENGLISH, 2005).

Pensar a criança sob a ótica da proteção, cuidado e da disciplina é entender que ela é sim um ser especial, pois precisa de um ambiente saudável, alimentação, cuidados, afeto e experiências que propiciem o pleno desenvolvimento cerebral.

Desde os tempos primitivos, com o passar dos anos, as tribos foram se formando e com elas a preocupação em manter a segurança e a saúde dos integrantes do grupo para a sobrevivência. Segundo os estudiosos da área, a sobrevivência das pessoas com deficiência nos grupos primitivos era impossível, pois como eram muito vulneráveis, inclusive fisicamente, o ambiente tornava desfavorável sua sobrevivência. Sendo a maioria dos povos nômades, essas pessoas representavam um fardo para o grupo. Neste contexto, as pessoas que tinham ECI ou outras deficiências eram consideradas sub-humanas chegando a ser abandonadas até mesmo pela família.

A história acerca das pessoas com deficiências ocorreu de formas diferentes a depender de seu local de acontecimentos. Na sociedade egípcia por exemplo, têm-se relatos onde não existia uma diferença entre as pessoas com deficiência e as sem alguma deficiência. Inclusive, há evidências arqueológicas que direcionam o pensamento que no Egito Antigo há mais de cinco mil anos, as pessoas com deficiência poderiam se integrar em diferentes classes sociais (faraó, nobres, artesãos, escravos e altos funcionários).

Um exemplo, é uma placa de calcário que se encontra no Museu de Ny Carlsberg Glyptotek, em Copenhagen, na Dinamarca. Onde retrata uma pessoa com deficiência física, denominada "Porteiro de Roma" de um dos templos de deuses egípcios. E onde ele exercia

normalmente suas atividades. Esta placa, traz a representação de uma pessoa com deficiência física, provavelmente com sequelas de poliomielite, sua mulher e um filho, fazendo uma oferenda à deusa Astarte (da mitologia fenícia). Como na figura 1.

Por muito tempo, o Egito foi conhecido como “a terra dos cegos” pois seu povo com frequência era acometido por infecções que resultavam em cegueira. Em papiros guardados no Museu Britânico, podem ser encontrados fórmulas para tratar diversas doenças, entre elas, as dos olhos.

Figura 1



(Fonte da imagem: www.ampid.org.br)

Já em outro contexto, Platão no livro “A República”, e Aristóteles, no livro “A Política”, trataram do planejamento das cidades gregas e indicava que as pessoas nascidas “disformes” deveriam ser eliminadas. Essa eliminação se dava por exposição, abandono, atirar as crianças de um abismo ou em uma cadeia de montanhas chamada de Taygetos, na Grécia.

As leis romanas na Antiguidade não eram favoráveis às pessoas que nasciam com deficiências, o que permitia aos pais matarem as suas crianças com deformidades pela prática do afogamento. Alguns relatos dão conta, que muitos pais abandonavam os seus filhos em lugares sagrados, e estas crianças eram largadas à própria sorte. As que sobreviviam, era exploradas nas cidades por “esmoladores” ou passavam a fazer parte dos “espetáculos” dos circos.

E foi no Império Romano com o cristianismo, o surgimento da ambiguidade frente ao tratamento da pessoa com deficiência. Havia a dicotomia do olhar da *caridade* e o da *endemonização* das pessoas com deficiências. O cristianismo combateu algumas práticas, entre elas, a eliminação dos filhos com deficiência sob uma ótica de expiação dos pecados e foi nesse momento que começou-se a pensar o que fazer com essas pessoas que eram abandonadas pelas suas famílias adentrando a um período de assistencialismo, surgindo assim, os primeiros hospitais de caridade e que abrigavam pessoas com deficiências. Porém, essas pessoas eram “jogadas” nestes hospitais, e ainda não se sabia muito o que fazer com elas.

Muitas vezes as religiões enxergavam as deficiências seja ela física ou sensorial como uma punição divina, impedindo pessoas com deficiência a terem acesso aos serviços religiosos.

As percepções acerca do assunto variaram ao longo dos anos. Em algumas culturas, a deficiência era protegida por conta de distintas crenças, tanto religiosas quanto intelectuais. Na Europa Medieval por

exemplo, a população com deficiência era considerada ambígua: os deficientes físicos ora eram vistos como enviados divinos, ora vistos como criaturas malignas.

É interessante é pontuar, que a falta de condições mínimas de higiene na Antiguidade e depois na Idade Média, favoreceu muito o nascimento de crianças com deformidades, assim como a aquisição e a transmissão de doenças que acabavam por provocar diferentes tipos de deficiência.

O rei Luís Nono, cujo reinado ocorreu entre 1214 e 1270, foi o primeiro a fundar um hospital para pessoas cegas, o *Hospice des Quinze-Vingts*. O nome *Quinze-Vingts* de acordo com alguns pesquisadores, referia-se ao número de camas no hospital e tinha a intenção de casa, onde $15 \times 20 = 300$. Pode-se referir também ao número de cavaleiros cruzados que tiveram seus olhos vazados na 7ª Cruzada. Ainda na atualidade, o *Quinze-Vingts* continua a ser um hospital para doenças oculares e também abriga o Instituto da Visão (*Institut de la Visão*), um centro de investigação oftalmologia que abriu em 2008.

Na idade moderna Gerolamo Cardomo (1501 a 1576), que foi um médico e matemático, inventou um código para ensinar pessoas surdas a ler e escrever e posteriormente, ele influenciou o monge beneditino Pedro Ponce de Leon (1520-1584) a desenvolver um método de educação para pessoa com deficiência auditiva por meio de sinais. Esses métodos contrariaram o pensamento da sociedade da época, pois a sociedade não acreditava que pessoas com deficiências sensoriais, pudessem ser educadas.

No início do Século XIX, Charles Barbier (1764-1841), era um capitão do exército francês, atendeu a um pedido de Napoleão e assim desenvolveu um código para ser usado em mensagens transmitidas à noite durante as batalhas. Em seu sistema, uma letra

ou um conjunto de letras era representada por duas colunas de pontos que por sua vez se referiam às coordenadas de uma tabela. Desta forma, cada coluna podia ter de um a seis pontos que deveriam estar em relevo para serem lidos com as mãos. Sumariamente o sistema foi rejeitado pelos militares que o consideraram muito complicado e não levaram a diante.

Frustrado com os últimos acontecimentos, mas ainda esperançoso com seu invento, Barbier então apresentou o seu invento ao Instituto Nacional dos Jovens Cegos de Paris, e entre os alunos que assistiram a apresentação encontrava-se Louis Braille (1809- 1852), que na época tinha quatorze anos e se interessou pelo sistema. Porém, apresentou algumas sugestões para seu aperfeiçoamento.

Barbier no entanto, se recusou a fazer as alterações em seu sistema. E Louis Braille, modificou totalmente o sistema de escrita noturna passando a criar um sistema de escrita padrão – a que ele patenteou como BRAILLE – usado por pessoas cegas até aos dias de hoje.

O Século XIX, ficou marcado na história das pessoas com deficiências. Ainda impregnados com os reflexos das ideias humanistas da Revolução Francesa, finalmente se percebia que elas não só precisavam de hospitais e abrigos, mas também, de atenção especializada. E é neste período que se inicia uma preocupação em organizar e estudar as deficiências, seus contextos, causas e tratamentos.

Difundem-se então, os orfanatos, asilos e os lares para crianças com deficiências e grupos de pessoas que se organizam-se em torno da reabilitação dos feridos para o trabalho, principalmente nos Estados Unidos e Alemanha. Assim, é possível afirmar que uma concepção acerca do “olhar as deficiências” adveio em consequências das diversas guerras e batalhas mundo afora, pois começou-se a ver que as pessoas também poderiam se tornar deficientes e diferente da

concepção egípcia não em decorrer de uma doença, mas das lutas e das diversas armas usadas em guerras.

No tocante às guerras e suas consequências, Napoleão Bonaparte determinava expressamente a seus generais que reabilitassem os soldados feridos e mutilados para continuarem a servir o exército em outros ofícios como o trabalho em selaria, manutenção dos equipamentos de guerra, armazenamento dos alimentos e limpeza dos animais. E com essa exigência, nasce o pensamento de que os soldados eram ainda úteis e a ideia da reabilitação.

Essa ideia de reabilitação foi compreendida pelo Chanceler alemão Otto Von Bismark, em 1884, onde se constituiu a lei de obrigação à reabilitação e readaptação no trabalho.

E no Brasil por insistência do Imperador Dom Pedro II (1840-1889), seguia-se o movimento europeu e então foi criado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (atualmente Instituto Benjamin Constant), por meio do Decreto Imperial nº 1.428, de 12 de setembro de 1854. E três anos depois, em 26 de setembro de 1857, o Imperador, apoiando as iniciativas do Professor francês Hernest Huet, funda o Imperial Instituto de Surdos Mudos (atualmente Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES) que passou a atender pessoas surdas de todo o país, a maioria, abandonada pelas famílias

A discriminação ainda existe, mas esses indivíduos atualmente são vistos com outros olhos, pois com o surgimento das políticas públicas, as instituições e o aumento da demanda de profissionais da área de saúde e educação, ocorreu uma maior qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida dessas pessoas e um reconhecimento dos seus direitos.

A deficiência era vista como um impedimento mental ou físico – consequência de uma concepção assistencialista com pouca

valorização da autonomia, dignidade e a garantia dos sujeitos. Foi através dos tempos que o convívio com as pessoas com necessidades especiais, foram regendo diferentes sentimentos e atitudes. Do extermínio, humilhação, exploração, abandono à perseguição, proteção e cuidado. Marcando os diferentes períodos.

A discriminação e o preconceito estiveram sempre presentes em todos os momentos da História, mas ainda é assustador encontrar na atualidade preconceito e intolerância nos diversos assuntos que regem a sociedade.

As deficiências ainda são vistas em muitos aspectos, dentro de um contexto patologizante, medicalizante e segregacionista.

A inclusão da pessoa com deficiência ainda é uma luta e necessita de mudanças nos paradigmas e requer novos contextos. Ela precisa ser anárquica!

Nakayama (2019) nos diz que:

“para reformar a instituição, é necessário reformar a cultura que nela prevalece, na mentalidade das pessoas que a compõem e que nela convivem cotidianamente, levando em consideração os documentos legais que ora indicam a presença da desigualdade, ora proporcionam condições de sua superação”.

Os mecanismos sociais excludentes presentes desde os tempos antigos precisam ser identificados e esclarecidos, como afirma Nakayama (2019). Em suas palavras: “para dar lugar ao inclusivo”.

Os preconceitos, estereótipos e estigmas ocasionaram o extermínio, a expulsão e a segregação ao longo de anos como tentativa de eliminação dos problemas.

O propósito desta obra não é contar a história das deficiências ou da educação inclusiva, mas se faz urgente pensar as deficiências

e buscar a inclusão. E esse buscar a inclusão, precisa abranger não somente escolas, mas família, terapeutas e sociedade.

Se faz iminente olhar e repensar os contextos sociais, pois a deficiência jamais passa “em brancas nuvens”. Ela é aquilo que foge do esperado, do simétrico e do perfeito. Ainda existe comparações, pensa-se em fórmulas mágicas, idealiza-se muito e faz-se pouco.

A deficiência desorganiza, ameaça e imobiliza – ou move montanhas – uma família.

E ela (a família) precisa *O ser*.

São ativações de mecanismos de defesa que geram reações extremistas e que muitas vezes não contribuem para o processo, sendo marginalizantes ou protecionistas. A ameaça está contida nas concepções de igualdade, pois se a igualdade é a referência, rotular e agrupar pessoas com deficiências será uma consequência. Porém, se a diferença é tomada como parâmetro, não será fixada mais a igualdade como norma, caindo por terra a hierarquia que sustentam uma normalização.

É preciso aceitar que a concepção de exclusão é algo gerado pela própria organização social, repleta de barreiras físicas e culturais / caracterização humana para que possamos mudar o cenário.

Como falei, a inclusão precisa ser anárquica.

Abaixo, um pouco da evolução acerca das deficiências no Brasil (o que do meu ponto de vista ainda é pequeno, mas deve ser lembrado, celebrado e jamais retrocedido).

Aspectos históricos acerca das deficiências no Brasil:

- Restrição de Direitos Civis (limitação imposta pela tutela da família e de instituições);

- Séc. XX: Iniciativas voltadas para as pessoas com Deficiência (Área Educacional);
- 1926: No Brasil foi criado o Instituto Pestalozzi – Começou com a fundação do primeiro Instituto Pestalozzi de Canoas, no Rio Grande do Sul. Inspirado no trabalho e biografia do pedagogo suíço, Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827);
- 1954: Foi fundada a primeira APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais);
- 1954: Foi fundada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR);
- Década 70: Lutas pelo movimento das pessoas com deficiências;
- Medidas para combater a discriminação e garantir às pessoas com deficiência o acesso a direitos civis, sociais e políticos;
- 1986: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência (CORPE);
- 1988: Promulgação da Constituição CRFB/88 – Consolidou Direitos Fundamentais dos cidadãos com deficiência. Art.23, Inciso II;
- 1999: Criado o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE). Vinculado ao Ministério da Justiça;
- 2009: Ratificação pelo Brasil da Convenção da ONU sobre os direitos da pessoa com deficiência e seu protocolo facultativo. Estabelece parâmetros para o desenvolvimento da Política Nacional sobre tema;
- 2010: Programa Viver Sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Romper com o paradigma assistencialista e promove conceitos de Inclusão com independência e empoderamento das pessoas.

- 2015: Lei Brasileira de Inclusão Lei 13.146/15. É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;

Em resumo:

- Marginalização: marca da antiguidade e início da idade média; Pessoas com deficiência sendo marginalizadas da sociedade, em concepções que levavam em conta a morte, a eliminação.
- Assistencialismo: final da idade média; Idade moderna: Pessoas com deficiências em um processo de separação e isolamento, prestação de assistência, mas que não busca uma modificação de suas vidas.
- Educação e reabilitação: final da idade moderna; Idade contemporânea: Processo que se vale de pensar e criar métodos e técnicas com o intuito de educar e reabilitar as pessoas com deficiências.
- Inclusão social: atualidade – abranger, inserir e envolver (é um pensamento?).

2

HISTÓRIA E DEFINIÇÃO DAS ENCEFALOPATIA CRÔNICA DA INFÂNCIA



Segundo TABITH (1995), encontraram-se relatos da existência de Encefalopatia Crônica da Infância (mais conhecido popularmente como Paralisia cerebral), em civilizações muito primitivas. No entanto, sua primeira descrição foi apresentada em 1853, pelo Inglês e cirurgião ortopédico Willian Little, que descrevia uma enfermidade caracterizada por rigidez muscular, recebendo o nome de Síndrome de Little. Mais tarde, já em 1862, Little estabelece uma outra definição de acordo com as pesquisas de Winthrop Phelps e com base em seus estudos, cunha então o termo Paralisia Cerebral, utilizado para designar um grupamento puramente de caráter terapêutico.

Segundo SCHWARTZMAN (1993), Winthrop Phelps generalizou o termo Paralisia Cerebral, para diferenciá-lo do termo Paralisia Infantil, causada pelo vírus da Poliomielite e que causava paralisias flácidas.

Apesar do termo ser aceito e utilizado universalmente, muitas tentativas têm sido feitas no sentido de mudar a nomenclatura, talvez para uma denominação mais apropriada e menos sujeita as interpretações errôneas. O termo Paralisia Cerebral é bastante inadequado, pois nos remete a uma ideia de ausência total de atividades físicas e mentais, o que não ocorre nesses quadros.

Na literatura há um número significativo de definições de paralisia cerebral e um número variado de trabalhos que utilizam esse termo. Muitas pessoas acreditam que o indivíduo com paralisia cerebral, tinham um cérebro paralisado (aliás, essa é a impressão que este termo nos causa) e com uma deficiência intelectual. Por isso, e por acreditar que precisamos romper com as barreiras que os estereótipos causam, o termo que vou utilizar nesta obra é o Encefalopatia Crônica da Infância (ECI).

A ECI é caracterizada pela lesão nos centros motores do encéfalo, envolvendo vários transtornos que ocorrem como consequências do comprometimento motor cortical ou subcortical (SOUZA, 2000). Por ser uma lesão no cérebro imaturo, atinge principalmente o quadro

motor, ou seja, os movimentos, podendo ocorrer desde a gestação até a primeira infância.

Está relacionada com uma lesão do Sistema Nervoso Central (SNC), adquirida no começo da vida, e não evolutiva, por isso também é comum encontrarmos o termo Encefalopatia crônica não progressiva da infância. Desta forma, tratando-se de uma lesão que afeta o encéfalo em desenvolvimento, ocasiona transtornos neuromusculares predominantes, fazendo com que os movimentos exercidos pela criança não sejam efetuados com normalidade.

A ECI, traz consigo definições variadas e dependentes de suas manifestações clínicas, etiologia e o fator da idade. Muitos autores colocam essa limitação até os 3 anos de idade, outros afirmam ir até o final da primeira infância, por volta dos 6 anos de idade.

Argüelles (2001), traz a definição de que a ECI é um transtorno persistente do movimento e postura, causado por uma lesão não evolutiva do sistema nervoso central (SNC) durante o período precoce do desenvolvimento infantil, limitado em geral aos três primeiros anos de vida. Uma definição antiga, porém, coerente e importante a ser evidenciada aqui, é a de Lefevre e Diament (1989), onde eles relatam que a maturação estrutural e funcional do SNC não para na primeira infância e muito menos aos três anos de idade.

Em uma injúria que ocasione lesão em qualquer área do encéfalo da criança em desenvolvimento é prudente afirmar que danos irão ocorrer.

Este tipo de patologia traz definições em diversos momentos. Por exemplo, Bax (1964) a define como: “Uma desordem ou distúrbio do movimento e da postura devido a um defeito ou lesão no cérebro imaturo”, o que faz com que muitas vezes pessoas com ECI não possam realizar absolutamente ou tão bem movimentos amplos que fazemos quando caminhamos, corremos ou pulamos. Desta forma,

movimentos finos que fazemos com os dedos ou com as mãos podem estar comprometidos e a postura também estará (BAX, 2000).

De acordo com Frazão (2000), a ECI é um grupo não progressivo, mas frequentemente mutável de distúrbios motor (tônus e postura), secundário a lesão no cérebro em desenvolvimento. E assim, Bobath (1974), define que as dificuldades das crianças com ECI, resultam de uma lesão cerebral que interfere na motricidade no que diz respeito ao controle da postura, equilíbrio, à sustentação da cabeça, assim como todos os movimentos nas diferentes posições e conseqüentemente comer e falar corretamente.

Desta forma, uma vez instalada, a ECI geralmente não se estende ou torna-se pior, fazendo com que a criança tenha uma lesão estática.

Muito frequentemente, em algo como 40-50% dos bebês com ECI são aqueles que nasceram muito cedo e muito pequenos, certamente sujeitos a sérios riscos depois do nascimento ou que tiveram intercorrências durante o nascimento e o dano torna-se mais aparente com o crescimento e o desenvolvimento.

Um bebê ou criança de pouca idade que tenha tido uma lesão encefálica, em um acidente de carro, por exemplo, pode desenvolver esse tipo de distúrbio. Se a lesão ocorrer quando a criança é mais velha, as conseqüências serão mais parecidas com as da lesão em adultos (BAX, 2000).

A definição da lesão que causa a ECI nos remete a ideia da não progressão, e embora seja autêntica, as suas manifestações clínicas podem mudar com o decorrer do tempo devido ao que chamamos de Neuroplasticidade.

Sendo uma capacidade de reestruturação funcional e estrutural do SNC, a plasticidade cerebral é eficaz no cérebro imaturo, onde este conta com áreas ílesas do cérebro que podem assumir parte

das funções lesadas, em áreas proximais e onde suas manifestações mudam à medida que o cérebro vai amadurecendo.

Camargos et al. (2019), afirmam que a ECI abrange uma diversidade de manifestações clínicas e trazem uma definição mais recente frente as ECI: “um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações de atividades, que são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no cérebro em desenvolvimento”. Estas desordens motoras podem vir acompanhadas de distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento, além de epilepsias e problemas músculos esqueléticos secundários.

ETIOLOGIA DA ECI

Segundo Bax (2000), na época Vitoriana havia duas teorias sobre a causa da ECI. Uma foi parcialmente formulada pelo psicanalista Sigmund Freud. Ele acreditava que o distúrbio ocorria na fase uterina, enquanto o cérebro se desenvolvia. Outro grande personagem do período, Willian Little, achava que o dano ocorria no momento do nascimento, durante o parto. Essa última ideia, de que a falta de oxigenação durante o parto (anóxia) era a principal causa da paralisia cerebral, foi provavelmente a mais popular nos últimos vinte ou trinta anos (BAX, 2000)

Ainda hoje, das diversas estatísticas, deduz-se que a etiologia mais frequente é a anóxia. Mas diante das descobertas e avanços tecnológicos, descobriu-se que as etiologias da ECI são múltiplas (SOUZA, 2000).

Fatores como prematuridade e malformações cerebrais são a causa mais comuns da ECI. Algo como 40-50% dos bebês com ECI,

são aqueles que nasceram muito cedo e muito pequenos, certamente sujeitos a sérios riscos depois do nascimento. Os vasos sanguíneos ao redor dos ventrículos ou das cavidades cerebrais têm paredes muito frágeis em estágios iniciais do desenvolvimento (BAX, 2000). Em sua maioria, a ECI não é de origem genética, embora como nos afirma Argüelles (2001), certos subtipos tenham mais possibilidade de serem hereditários, onde 33% das de origem atáxicas podem ser herdadas como transtorno autossômico recessivo em anemias falciformes, fenilcetonúria e mucopolissacaridose, por exemplo.

Embora, a hemorragia nos ventrículos¹ seja certamente uma causa importante de ECI, existem outras que podem afetar o desenvolvimento do cérebro. Assim, por volta da 12^a ou 13^a semana de gestação, o feto embora ainda muito pequeno, tem todas as características do ser humano e parece-se com uma miniatura da espécie, onde braços, pernas, coração estão presentes, mas o cérebro ainda é um globo bastante simples – um enorme desenvolvimento acontecerá após o nascimento. As células não estão só se dividindo no interior do cérebro, mas estão se movendo de um lado para outro e tratos de fibras se formando.

Desta forma, a etiologia da ECI, pode ser dividida em fatores de riscos e fatores causais.

Fatores de Risco:

São aqueles fatores que versam a probabilidade de acontecer algo; Aumento da probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde para si ou terceiros;

1 Cada uma das duas cavidades inferiores do coração, uma direita e outra esquerda, de grossas paredes musculares;

- Antes da gestação: História materna de abortos espontâneos, história familiar de ECI, doença genética ou malformativa.
- Durante a gestação: Doença crônica materna, hipertensão arterial, deslocamento prévio de placenta, encefalopatia hipóxico-isquêmica.

Fatores causais:

São aqueles fatores de acordo com o momento real, ou suposto em que a lesão ocorreu:

Qualquer agente capaz de lesar o encéfalo, desde a concepção até a primeira infância pode ser considerado como um fator causal de ECI. Podemos dividi-los em 3 fatores causais:

- *Causas Pré-Natais* – A lesão é ocasionada durante o período da gravidez.

Infecções intrauterinas (rubéola materna, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV) hipotensão, pré-eclâmpsia (corresponde a uma série de sintomas que ocorrem durante os três últimos meses da gestação e durante ou após o parto – hipertensão arterial, edema, proteinúria – seguidos de vertigem, zumbido e cefaleia, fadiga e vômito), eclâmpsia (que consiste nos mesmos sintomas apresentados na pré-eclâmpsia, mas que são associados a episódios de convulsões seguidas de estado comatoso), hemorragia, ameaça de aborto, desprendimento prematuro da placenta, má posição do cordão umbilical, doenças metabólicas (diabetes, desnutrição), tóxicas (medicamentos, drogas, álcool), fatores físicos (radiações, raio x) e mal formações congênitas.

- *Causas Natais ou Perinatais* – A lesão é ocasionada durante o trabalho de parto e imediatamente após ele, terminando depois de 28 dias de vida extrauterina.

As causas podem decorrer de um parto prolongado, com uso de fórceps², manobras de ressuscitação tardia, e/ou anóxia. Corresponde de 88% a 100% dos casos de ECI.

Na asfixia perinatal, a redução do intercambio metabólico e nutricional entre feto e mãe, levam a alterações nas suas condições fisiológicas. A depender da gravidade da asfixia, essas alterações podem causar prejuízos em diferentes órgãos, entre eles, o SNC (TELES & NASCIMENTO, 2005).

Fatores como hemorragia intracraniana, prematuridade e baixo peso, icterícia grave (hemolítica ou por incompatibilidade, hiperbilirrubinemia³), infecção pelo canal do parto (estreptococos hemolítico, listeria, herpes-vírus simples, HIV) também podem ser considerados.

- *Causas Pós-Natais* – A lesão é ocasionada depois do nascimento.

Doenças infecciosas (meningites e encefalites⁴), distúrbios metabólicos (hipoglicemia⁵ e hipocalcemia⁶), traumatismos cranioencefálicos, tumores cerebrais, processos vasculares (hemorragias, embolias⁷), convulsões, intoxicação por produtos químicos ou drogas e a desnutrição, que interfere de forma decisiva no desenvolvimento do cérebro da criança.

2 Tenaz ou pinça cirúrgica usada para extrair a criança do útero;

3 Tipo de Icterícia, com níveis de Billirubina elevados para a condição do Recém-nascido;

4 Inflamação no encéfalo;

5 Níveis baixos de glicose no organismo, podendo gerar danos neurológicos, provocados pela falência energética, com consequente necrose da membrana celular;

6 Níveis de cálcio abaixo do necessário;

7 Obliteração de um vaso sanguíneo por um êmbolo (coágulo sanguíneo ou disco ou cilindro móvel das seringas, bombas e outros maquinismos);

O DIAGNÓSTICO E FATORES DE RISCO PARA ECI

O diagnóstico da ECI, é considerado por muitos autores de grande dificuldade, principalmente, em crianças com menos de seis meses de idade. Segundo BOBATH & BOBATH (1978), as crianças com ECI, atingem seus marcos mais tarde do que as crianças sem comprometimento e isto, independe da inteligência e grau de comportamento.

Muitos dos padrões essenciais e fundamentais do desenvolvimento motor que surgem numa criança típica em certas etapas do crescimento, como um preparo para atividades futuras mais complexas, estão ausentes. O desenvolvimento da criança neste caso, é assim, não somente atrasado, mas desordenado e prejudicado como resultado de lesão (TABITH, 1995).

A necessidade de um diagnóstico precoce, bem como o tratamento são fatores importantíssimos no processo de reabilitação. E para isto, se faz necessário conhecer bem a doença, suas causas e a identificação dos sinais de alerta nos primeiros meses de vida.

Embora seja difícil pensar o diagnóstico da criança com ECI precocemente, o histórico gestacional da mãe ou do parto e os acontecimentos com a criança, podem permitir com que seja aceso um sinal de alerta para família da criança. Por isso, faz-se necessário falar e orientar acerca dos fatores de risco para as diversas deficiências. É preciso que as famílias saibam olhar as suas crianças e para isso deve-se pensar campanhas de educação em saúde que contemplem o desenvolvimento infantil com o objetivo de levar às crianças e famílias de forma precoce os recursos de estimulação. Pois o estímulo é essencial para o conhecimento e para o desenvolvimento!

Fatores de risco segundo Teles & Nascimento (2005):

- Apresentação não cefálica do bebê: primeiro aparecem os pezinhos e não a cabeça, e o bebê não “encaixou” para a saída do útero.
- Partos complicados com a presença de transtornos vasculares ou respiratórios, tanto para o bebê quanto para a mãe.
- APGAR baixo (é um termo criado pela anesthesiologista Virgínia Apgar (1953), que faz o diagnóstico da condição de vida do recém-nascido, após a desobstrução das vias aéreas superiores, realizado assim, no 1º e nos 5º minutos de vida.
- Baixo peso e prematuridade.
- Alterações na formação uterina com retardo no desenvolvimento e crescimento do bebê no útero.
- Mulheres com gravidez múltipla.
- Idade materna precoce ou avançada.
- Ocorrência de convulsão no período neonatal, ou seja, nas primeiras 24 horas de vida extrauterina.

CLASSIFICAÇÃO DAS ECIS

Algumas classificações são empregadas para assim poder compreender a ECI. Há várias classificações propostas de acordo com a neuropatologia, a etiologia ou as manifestações clínicas. Elas podem ser baseadas em critérios clínicos como grau de comprometimento, sintomatologia predominante e extensão do comprometimento.

Isso permitirá ao terapeuta e família entender e estabelecer uma correlação com a orientação do tratamento e com o prognóstico.

Classificação por tipo clínico

A classificação da ECI é variável de acordo com o aspecto da patologia, que se considera ao fazer a classificação. Podemos levar em conta o tipo de envolvimento neuromuscular, membros atingidos por este comprometimento e o grau de comprometimento motor.

Quanto à topografia (membros atingidos)

- **Quadriplegia:** Quando os quatro membros estão igualmente comprometidos, ou seja, há o envolvimento de todo corpo.
- **Diplegia:** É também o envolvimento de todo corpo, mas os membros superiores apresentam melhor função do que os inferiores. Ou seja, menor acometimento sendo mais comum em bebês prematuros (BAX, 2000).
- **Hemiplegia:** Metade do corpo é afetado, ou seja, um lado corpo é acometido podendo ser o lado direito ou esquerdo.

De acordo com o tipo de envolvimento neuromuscular (Tipo)

Espástica: É causada por uma lesão da via piramidal (vias motoras que descendem desde o córtex e que regem os movimentos voluntários) mais especificamente, no córtex responsável pelos pensamentos, movimentos, sensações. Os músculos são muito

tensos, o que limita ou impossibilita os movimentos do corpo (BAX, 2000). Representa 75% a 90% dos casos.

A criança mostra hipertonía de caráter permanente, ou seja, é dura demais para mover-se e todo corpo é lento e rígido, exigindo um grande esforço com uma diminuição dos movimentos voluntários nas extremidades. Este tipo é o mais comum de ECI. São contraturas precoces, problemas ortopédicos predominantemente dos músculos adutores, isquiotibiais e na maior parte dos casos, alterações em nível pélvico (ARGÜELLES, 2001).

Esse tipo de alteração neuromuscular, pode denotar um aspecto de lesão grave já desde os primeiros meses de vida.

Discinética ou atetóide: A lesão está situada no sistema extrapiramidal, nos núcleos da base, (que ajudam a organizar os movimentos finos e delicados) com movimentos involuntários e desordenados que dificultam a atuação voluntária (PUYUELO, 1997).

Há uma variação no grau da tensão dos músculos das extremidades do corpo, levando à realização de movimentos lentos, contínuos e indesejáveis, sendo muitos difíceis de controlar, provocando grande dificuldade de realizar o movimento voluntário e manter a postura por muito tempo. (BAX, 2000)

O tipo Atetóide representa 16,9% casos e podem se classificar em:

- Atetóide com espasticidade: movimentos involuntários mais distais e espasticidade sobretudo nas áreas proximais.
- Distônico: espasmos intermitentes, com movimentos involuntários de torção nas partes proximais, com forte assimetria.
- Coreico: movimentos involuntários mais proximais com uma amplitude grande, incontroláveis e aos arrancos.

- Puro: apresenta movimentos involuntários na parte distal, sem grande amplitude.

Atáxica: A lesão está situada a nível do cerebelo. O equilíbrio, a direção e a coordenação dos movimentos são afetadas. Os movimentos são incoordenados e bruscos, podendo haver presença de certo tremor e dificuldade em manter uma postura parada, sendo este um tipo raro de ECI.

A ataxia pura é pouco comum no ECI, geralmente, apresenta-se de forma mista como uma síndrome cerebelosa com espasticidade (ARGÜELLES, 2001).

Mista: É uma associação dos diferentes tipos de lesão.

De acordo com Camargos et al (2019) podemos correlacionar da seguinte forma:

Subtipo neurológico	Comprometimento	Topografia	Área lesionada
Espástica	Bilateral Unilateral	Quadriplegia, Diplegia	Área cortical Trato corticospinal
Discinética	Distonia Coreoatetose	Quadriplegia	Núcleos da base, tálamo, tronco encefálico e cerebelo. Núcleos da base e tálamo.
Atáxica		Quadriplegia	Cerebelo

De acordo com o grau de comprometimento motor:

De acordo com o grau de incapacidade, ou comprometimento motor, podemos ter: leve, moderado e severo. E de acordo com Teles & Nascimento (2005) pode ser afetado da seguinte forma:

ASPECTOS	LEVE	MODERADO	SEVERO
Motor grosso	Marcha independente	Marcha com ajuda	Sem locomoção
Motor fino	Sem prejuízo	Função limitada	Sem função
Fala	Mais de 2 palavras na frase	Palavras isoladas	Indistinta
Social	Independente	Assistido	Dependente

Outro sistema de classificação importante para os esclarecimentos das ECIs direcionam o pensamento em um sistema de classificação mais atual e utilizado com mais facilidade na prática clínica e na pesquisa. São eles:

- Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System – GMFCS).
- Escala de Mobilidade Funcional (Functional Mobility Scale – FMS).
- Sistema de Classificação da Habilidade Manual (Manual Ability Classification System – MACS).
- Sistema de Classificação da Função da Comunicação (Communication Function Classification System – CFCS).

Na atualidade, o GMFCS (Gross Motor Function Classification System) representa o sistema de classificação mais importante e pode ser utilizado segundo Camargo et al. (2019), para o prognóstico de mobilidade e locomoção, planejamento terapêutico e até a prescrição de tecnologia assistiva. O que pode facilitar o diálogo com os familiares em uma linguagem mais acessível. O sistema CFCS (Communication Function Classification System) é um sistema de grande importância também. Inclusive para o profissional da Fonoaudiologia, pois permite classificar o desempenho da comunicação diária dos indivíduos com ECI em níveis.

GMFCS DE ACORDO COM CAMARGOS ET AL. (2019)

Classifica o desempenho de auto locomoção da criança e do adolescente e considera as limitações de mobilidade e a necessidade de dispositivos manuais para a locomoção (como andadores, muletas ou bengalas) ou mobilidade sobre rodas, conforme a figura 2.

Contém cinco níveis, em escala ordinal;

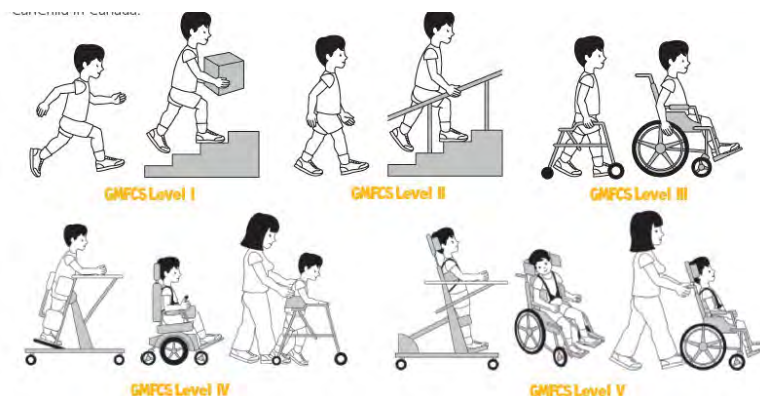
A criança classificada em um nível tende a permanecer nele ao longo do tempo, embora seja possível que ela mude de nível em resposta aos programas de intervenção;

- Nível I: a criança anda em diferentes ambientes sem apoio e sobe e desce escadas sem segurar o corrimão. Desenvolve a habilidade correr e pular, mas com limitações na velocidade, equilíbrio e coordenação.
- Nível II: a criança consegue andar sem apoio, mas com algumas limitações, como precisar do corrimão para subir e descer escadas e ter dificuldade ou não ser capaz de correr e pular. Pode precisar de adaptações para que pratique esportes.
- Nível III: a criança anda com dispositivo de auxílio para marcha em espaços internos (ex.:andador) e pode precisar de cadeira de rodas fora de casa e na comunidade. A criança precisa de assistência para se transferir do solo e na posição sentada para de pé e de adaptações para realizar atividades físicas e esportivas.
- Nível IV: a criança apresenta dificuldade para se locomover, mas pode rolar, se arrastar e permanecer sentada (geralmente com apoio) e consegue se mover independentemente com uma cadeira de rodas manual ou motorizada. A criança percorre pequenas distâncias com ajuda de auxílio físico ou um andador

com suporte de peso, mas depende de terceiros para chegar a diferentes locais.

- Nível V: a criança é dependente para todas as atividades relativas à mobilidade. Apresenta limitações no controle antigravitacional da cabeça e tronco e na movimentação ativa de membros superiores e inferiores, necessitando da assistência para as transferências. A criança possui a participação muito limitada. Ela pode ter locomoção motorizada com extensivas adaptações para a postura sentada e para o controle da cadeira.

Figura 2



Fonte da imagem: <https://cyriaxphysio.com/wp/gross-motor-function-classification-system-expanded-and-revised-gmfcs-er/>

CFCS - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO DE COMUNICAÇÃO DE ACORDO COM CAMARGOS ET AL. (2019)

Tem o objetivo de classificar o desempenho da comunicação diária dos indivíduos com ECI em cinco níveis;

A comunicação ocorre sempre que um emissor transmite a mensagem e o receptor entende a mensagem;

O emissor eficiente, alterna de modo independente seu papel de emissor e receptor não importando as demandas de uma conversação, os parceiros da comunicação e os assuntos.

- Nível I: a criança atua como emissora e receptora eficaz com parceiros desconhecidos e conhecidos.
- Nível II: a criança atua como emissora e receptora eficaz com parceiros desconhecidos ou conhecidos, porém é mais lenta.
- Nível III: a criança geralmente se comunica de maneira eficaz com os parceiros conhecidos, mas a comunicação não é consistente e eficaz com a maioria dos parceiros desconhecidos.
- Nível IV: a criança não alterna consistentemente seu papel de emissora e receptora, mesmo com parceiros conhecidos.
- Nível V: a comunicação da criança é raramente eficaz, mesmo com parceiros conhecidos.

PROBLEMAS ASSOCIADOS À ECI

Inevitavelmente na ECI, a parte lesionada no cérebro está relacionada com o movimento. Mas pode haver outras áreas associadas que se atingidas podem trazer consigo problemas associados ao movimento e interferindo em outras funções. Muitas dessas crianças podem não apresentar problemas associados, mas é preciso descrevê-los.

- Aprendizagem:

Aproximadamente metade das crianças com ECI, apresenta distúrbios de aprendizagem de moderados a severos. O que significa ter dificuldades por exemplo, para aprender a ler. As crianças com ECI, podem ter dificuldades de aprendizagem inesperadas. Por exemplo, uma criança pode demonstrar habilidades em várias áreas e ter problemas com leitura ou matemática. Ou podem ser muito boas na leitura e apresentar dificuldades em desenhar. Por isso, o processo de aprendizagem da criança com ECI deve ser permanentemente monitorado, pois em todo seu aspecto pode haver desenvolvimento anormal ou lento.

- Danos Visuais:

Pequena parte das crianças com ECI, sofre lesões nos nervos que vão dos olhos até a parte do cérebro que interpreta os sinais provenientes do globo ocular. O controle desordenado dos movimentos muitas vezes afeta os músculos dos olhos, assim, as crianças com ECI podem ter estrabismo⁸, precisando de atenção precoce, podendo ser corrigido. Além disso, bebês pequenos tendem a ter miopia e, certamente precisarão de óculos para correção.

- Danos Auditivos:

As crianças com ECI, podem ter danos nos nervos auditivos e nas partes do cérebro que interpretam os sinais sonoros. As crianças com ECI que sofreram infecções no ouvido e na garganta correm mais riscos de ter problemas condutivos e precisam ser observadas com muito cuidado. A perda de audição neurosensorial é mais séria, já que não há maneira de reparar os nervos danificados.

⁸ Desvio de um dos olhos, de modo que os dois não fixam o mesmo ponto no espaço;

- Alterações na Fala e na Linguagem:

Crianças com ECI têm dificuldade para mover os músculos que controlam a formação do som. Isso é particularmente comum em crianças com tipo atetóide, que às vezes, tem linguagem interna bem estruturada e sabem exatamente o que querem dizer, mas não conseguem concretizar a fala. Em muitas vezes a linguagem e a fala destas crianças estão atrasadas. Isso se dá também, pois elas não vivenciam experimentações tanto do ponto de vista sensorio motor oral quanto global, sendo muitas vezes impedidas por suas condições motoras de explorar de brincar, causando atrasos comunicacionais.

O comprometimento dos sistemas motores acarreta alterações neuromusculares dos órgãos fonoarticulatórios caracterizados por espasticidade, alterações de tono muscular, falha na coordenação de movimentos ou ocorrência de movimentos involuntários, dificuldade de deglutição, mastigação, alterações funcionais de palato mole, etc.

O aprendizado da leitura e escrita assenta-se entre outras coisas, em um bom desenvolvimento intelectual, audição normal, desenvolvimento de funções perceptivo-motoras e condições afetivas adequadas para incorporar esse aprendizado. Assim, dificuldades nesses aspectos, podem acarretar sérios problemas para o desenvolvimento da comunicação oral e escrita, decorrente das alterações neuromusculares.

- Distúrbios da voz:

São muito frequentes as alterações vocais na ECI, podendo ocorrer leves alterações na qualidade da voz, ou então, quadros mais severos com emissão frequentemente áfona e tentativas de emissão durante a inspiração. Em geral, observa-se um padrão respiratório infantil, ritmo respiratório rápido e irregular com diminuição da capacidade pulmonar. Em consequência, estará sempre presente uma incoordenação pneumo-fonoarticulatória.

Assim, todas as qualidades vocais podem estar alteradas – intensidade, altura e timbre.

- Dificuldades de atenção e concentração:

Para que uma atividade possa ser utilizada integralmente e propiciar um aprendizado, é necessário que se possa receber e perceber a informação através dos vários canais sensoriais. Além disso, é fundamental que esteja atento e concentrado, durante o decorrer da atividade.

A dispersividade pode estar presente nesses casos, e este, é um fator que prejudica o aproveitamento integral das informações do ambiente como meio de desenvolver aprendizados.

- Alimentação:

O problema da alimentação da criança com ECI, já começa no período de lactância⁹, quando a criança tem dificuldade para mamar. Depois, ao longo do crescimento, quando a criança tem dificuldade para mastigar. Também pode haver problemas com a deglutição, a preparação do bolo alimentar, contando com a língua e a movimentação da mandíbula.

Desde o ato de pegar a comida, bem como manter o alimento na boca, fazer o vedamento labial, lateralizar, mastigar, triturar o alimento até o disparo do reflexo da deglutição, são pontos do processo de alimentação que representam atividades de difícil execução para uma criança com ECI. E ao em vez disso, ela acaba por continuar com o padrão primitivo de sucção e deglutição, como no período de lactância.

A criança pode ter outros problemas com a deglutição, como por exemplo, a organização rítmica entre o fechamento da laringe e o procedimento de deglutição não ocorre e a comida ou líquido

9 Referente à amamentação principalmente ao leite materno;

podem chegar aos pulmões. Por fim, ainda quando a comida está no estômago, muitas vezes é regurgitada, isto é, quando o estômago se contrai, em vez de empurrar a comida para baixo em direção aos intestinos, leva-a novamente para o esôfago e forma-se um pequeno vômito. Essa dificuldade é comum em bebês típicos e não dura muito tempo, mas nas crianças com ECI, é possível que persista e leve à problemas mais sérios.

Se há regurgitação frequente, o esôfago torna-se sensível e fica doloroso, dificultando a alimentação da criança.

- Salivação:

A sialorreia é a produção excessiva de saliva. Em casos como na ECI, a criança pode apresentar uma postura inadequada da cabeça e pescoço como um resultado da incapacidade ou dificuldade em manter a boca fechada. A perda involuntária de saliva e conteúdo da cavidade oral pode ocorrer normalmente em lactentes, sendo que aos 24 meses, as crianças com desenvolvimento típico devem ter a capacidade de realizar a maioria das atividades sem a perda da saliva.

E assim após os 4 anos de idade, essas dificuldades são consideradas atípicas. Nas maiorias das crianças com ECI, ela persiste e decorrem de uma incoordenação neuromuscular da deglutição e deficiência intelectual (DIAS, 2016). A dificuldade em controlar a saliva é uma característica nessas crianças, e isso torna-se um grande problema na vida da criança e de sua família. A criança com ECI, pode ter dificuldade em atingir o fechamento dos lábios seja pela alteração neuromotoras, seja por uma inadequação do tônus e a deglutição regular da saliva.

- Dentição:

A criança com ECI, possui dificuldade para movimentar a língua, principalmente aquelas que não ultrapassam o padrão primitivo de

sucção e deglutição e não podem mastigar a comida. O alimento pode muito facilmente permanecer preso ao redor dos dentes, acumulados na cavidade oral devido à dificuldade em engolir e ou realizar a limpeza da boca. Por isso para essas crianças, é grande a probabilidade de se deteriorarem, sendo necessário constante observação e cuidados essenciais.

Podemos destacar deformidades craniofaciais decorrentes da falta de estímulo nos dentes e a hipersensibilidade intra oral, o que pode também, dificultar a escovação tornando esse momento difícil e cansativo para criança e família.

- Intestinos e Bexiga

As dificuldades de alimentação e de mobilidade geral da criança com ECI, resultam em constipação. Este é um problema que se trata com maior facilidade no início da vida do que em idade avançada, quando a criança consolidou um hábito intestinal muito conturbado. Uma grande quantidade de líquido mantém as fezes moles e várias substâncias fibrosas ajudam a aumentar seu volume. Da mesma forma, crianças com ECI têm dificuldade em aprender a controlar a bexiga e parte delas terá incontinência.

3

DESENVOLVIMENTO REFLEXO
TÍPICO DA CRIANÇA
E NA CRIANÇA COM ECI



“...E aquilo que nesse momento se revelará aos povos
Surpreenderá a todos, não por ser exótico,
Mas pelo fato de poder ter sempre estado
oculto quando terá sido o obvio...”
(Caetano Veloso)

O DESENVOLVIMENTO MOTOR TÍPICO

Segundo TABITH (1995), o desenvolvimento motor típico apresenta duas características que são fundamentais:

1ª) O desenvolvimento segue um padrão ordenado – significa que cada etapa do desenvolvimento é consequência da precedente e é fundamental para a etapa seguinte. Assim, a criança deve sentar-se para depois engatinhar e no geral engatinha antes de andar.

2ª) O desenvolvimento sempre caminha do geral para o específico – significa que a atividade geral precede a atividade específica. Esse fato se evidencia nitidamente nas atividades musculares. A criança inicialmente tem uma movimentação global para depois conseguir movimentar partes do seu corpo.

Ao momento do nascimento e primeiras semanas de vida, encontramos na criança alguns comportamentos reflexos que servirão de base para o desenvolvimento motor. O reconhecimento precoce da ECI nas suas diversas formas e sua diferenciação do simples atraso no desenvolvimento motor, exige o conhecimento não somente do desenvolvimento motor na criança típica quanto na criança com ECI (ARGÜELES, 2001).

Respostas motoras do recém-nascido típico:

1. Reflexo de retificação cervical: Está presente desde o nascimento e serve para retificar a cabeça com o tronco.

2. Reflexo de moro: Observado desde o nascimento. Pode ser eliciado por vários estímulos, como movimentação da superfície de sustentação, ruído forte e extensão passiva e súbita das extremidades inferiores. Consiste em uma repentina extensão e abdução das extremidades, seguida de flexão e adução sobre o tórax. Este reflexo começa a enfraquecer a partir do 3º mês de vida, mas não chega a desaparecer, podendo aparecer alguns sinais dessa reação quando o adulto é sobressaltado com violência.
3. Reflexo tônico cervical assimétrico: Raramente encontrado no nascimento e pode ser normal até os 5 meses. Neste reflexo, a rotação da cabeça para um lado aumenta o tônus extensor das extremidades do lado para o qual a cabeça foi girada, enquanto no lado oposto há aumento do tônus flexor.
4. Reflexo tônico cervical simétrico: É um reflexo raro e frequentemente patológico, pode ser encontrado até o 4º mês de vida, ao estímulo de flexão e extensão de cabeça, ocorre uma flexão dos MMSS¹⁰ e extensão dos MMII¹¹, tanto para a flexão de cabeça, quanto para a extensão.
5. Reflexo de Marcha: É obtido quando se coloca o bebê sobre os pés em uma superfície, enquanto se suporta o seu tronco com as mãos.
6. Reação de galant: Com o bebê em posição de suspensão ventral, toca-se repetidamente a pele da região lombar com um alfinete. Isto levará a uma flexão lateral do tronco em direção ao lado estimulado. Essa reação desaparece até o 2º mês de vida.

10 Membros superiores.

11 Membros inferiores.

7. Reação de colocação das pernas: Levantando-se o bebê na posição ereta e tocando levemente o bordo de uma mesa com o dorso do pé, ele flexionará a perna e colocará o pé acima da superfície da mesa.
8. Reflexo de preensão palmar: Está presente desde o nascimento até os 3 meses, ao estímulo quando se coloca um dedo ou objeto na palma da mão, os dedos flexionam e seguram o objeto.
9. Reflexo positivo de apoio: colocando-se o bebê sobre os pés em uma superfície, ele se endireitará assumindo a posição de pé. Este reflexo desaparece no decorrer do 2º mês de vida.

Outras reações podem ser observadas no recém-nascido. Pode fixar momentaneamente os olhos em uma luz colocada à sua frente com movimentos oculares incoordenados e espontâneos. São observadas também, algumas reações de alimentação, como sucção, franzimento dos lábios, deglutição e engasgo, obtido pela fome ou estimulação direta da região oral.

Reflexos orais

1. Reflexo de busca (quatro pontos cardeais, *rooting* ou *voracidade*): Ao tocar com cotonete ou espátula nas quatro regiões: os cantos da boca, a região medial do lábio superior e do lábio inferior, a criança se volta para o estímulo.
2. Reflexo de sucção: Aparece por volta da 17ª semana de vida intrauterina e desaparece por volta de 3 a 4 meses.
3. Reflexo de mordida Fásica: Aparece ao nascimento, enfraquece por volta dos 3-4 meses e desaparece por volta dos 7-9 meses.

- 4. Reflexo de deglutição: Aparece por volta da 13ª semana de vida intrauterina e não desaparece. Observá-lo durante a alimentação, onde a criança irá deglutir o alimento ou saliva.
- 5. Reflexo de vômito, gag ou nauseante: Está presente consistentemente e funcionalmente entre a 32ª e a 33ª semanas de vida intrauterina. Pode se manifestar ao toque de uma espátula ou cotonete na língua da criança no sentido anteroposterior.

O DESENVOLVIMENTO MOTOR DA CRIANÇA COM ECI

Segundo ARGUELES (2001), o desenvolvimento motor da criança com ECI costuma seguir uma sequência desorganizada e com padrões anormais, como exposto na Tabela abaixo.

Desenvolvimento motor na criança típica e na criança com ECI (Encefalopatia Crônica da Infância)

Criança Típica		Criança com ECI
Reflexos primários presentes; Movimentos Independentes;	Recém-Nascido	Reflexos primários débeis ou ausentes; Padrões totais de flexão ou extensão;
Controle de cabeça adquirido;	3-4 meses	Dificuldade para manter o controle da cabeça; Dificuldade para alimentação;
Mãos abertas; Mãos juntas na linha média;	4.5 meses	Mãos mantidas fechadas; Polegar incluído na palpa da mão; Só utiliza uma mão
Dissolução dos reflexos primários; Reação de apoio lateral; Movimento de patada;	6-7 meses	Persistem os reflexos primários; Não apresenta reações de apoio; Pernas em extensão; Movimentos aleatórios com os pés;

Posição sentada estável; arrasta-se com movimentos dissociados;	8-9 meses	Posição sentada instável; Não se arrasta;
Engatinha; Permanece de pé com as pernas separadas	10-11 meses	Engatinha impulsionando-se com os braços e as pernas em extensão; Extensão de todo corpo ao tentar ficar em pé.
Traciona para ficar em pé. Dá passos segurando-se com a mão, preensão com os dedos;	1 ano	Não se mantém em pé com apoio. Pode persistir a marcha automática; preensão com toda mão;

No lactente de 1 mês com ECI é provável que o reflexo tônico assimétrico seja constante e intenso e iniba o reflexo de endireitamento labiríntico provocando retardo no controle cefálico.

O lactente de 3-4 meses com ECI tem dificuldade para manter o controle cefálico seja em decúbito prono ou posição vertical. Em decúbito supino, pode manter as mãos fechadas de forma constante ou só utilizar uma mão se o comprometimento for unilateral. O reflexo de moro pode manter-se ativo, assim, como o reflexo tônico assimétrico.

A criança de 6-7 meses não apresenta a reação de extensão dos braços o que impede de adotar a posição sentada. As alterações de tono muscular se fazem mais evidentes nas extremidades inferiores.

Aos 8-9 meses, é improvável que a criança consiga sentar-se. Se consegue fazê-lo é de forma anormal. Os reflexos primários persistem de modo acentuado podendo inclusive, permanecer assim durante anos.

Com 12 meses, se tentar ficar de pé, inclinará a cabeça para trás, estendendo todo corpo. Aos 15 meses é improvável que a criança com ECI chegue a engatinhar ou caminhar, com exceção dos que apresentam alterações muito leve ou unilateral. Entre 2 e 3 anos, a criança com ECI, terá conseguido certa autonomia motora, com padrão anômalo, impedindo o controle dos movimentos voluntários.

A capacidade de inibir e controlar os reflexos, que desenvolve na criança normal, não progride na criança com ECI.

Em resumo podemos dizer que na criança típica, o comportamento reflexo se modifica, à medida que amadurece o SNC, de forma organizada, do primário ao mais evoluído. Nas crianças com ECI, devido à lesão encefálica, o comportamento motor se mantém no nível do reflexo primário.

É valido mencionar que estamos falando de desenvolvimento infantil e isso está intimamente relacionado com as individualidades de cada um. Ou seja, cada criança tem as suas particularidades e cada uma mesmo que haja um padrão para o desenvolvimento tanto típico quanto atípico, a velocidade e o desempenho que elas irão atingir depende de cada caso. Portanto, ate mesmo do ponto de vista terapêutico não há de se afirmar que uma criança nunca irá andar, “firmar” o pescoço, ou falar. Isso é uma afirmação que nos cabe.

Todo terapeuta deve é conduzir sua terapia de forma ética e pautada na ciência, pesquisa e estudo, preservando a máxima do cuidado e atenção, buscando assim, ofertar o melhor e mais coerente a cada paciente.

4

ALTERAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS NA CRIANÇA COM ECI



“Crianças são como borboletas dançando ao vento!
Algumas voam rápido, outras voam pausadamente.
Mas todas voam do seu melhor jeito!
Porque cada uma é especial!”
(Inês Climaco)

As crianças com ECI possuem muitas alterações fonoaudiológicas devido à lesão no sistema sensorio motor-oral. Essas crianças não podem receber sensações normais, tornando-as hipersensíveis em toda sua estrutura miofuncional.

As alterações fonoaudiológicas podem apresentar-se sob dificuldades funcionais da alimentação como a dificuldade de sucção, devido a inexistência ou insuficiência de controle do terço anterior da língua, o que pode também diminuir a eficácia da mistura dos alimentos durante a mastigação e causar por exemplo:

- Dificuldade para reter os alimentos e a saliva;
- Dificuldade de mastigação;
- Dificuldade quanto ao deslocamento do bolo alimentar dentro da boca;
- Dificuldade na deglutição de uma forma geral, mas principalmente para engolir líquidos.

A maioria dos pacientes com ECI não apresenta um refluxo faríngeo normal. Pelo contrário, sofrem de aspirações ou deglutições com dificuldade. Em casos onde o comprometimento cerebral é profundo muitas vezes são observadas anomalias no reflexo faríngeo, fazendo com que a criança não engula sem que sejam produzidas aspirações.

A extensão ativa do pescoço, que se deve ao desenvolvimento de uma postura patológica do eixo do corpo e dos membros inferiores, podendo causar dificuldades quanto ao transporte peristáltico, devido ao estiramento dos músculos depressores da mandíbula, dando

origem à dificuldade para unir as arcadas dentárias, tornando a criança um respirador oral.

A criança com ECI também apresentará uma diminuição dos movimentos ativos das bochechas que em condições normais, aliadas a outra musculatura, executam os movimentos de sucção. Todos os movimentos peristálticos da língua serão de menor amplitude e ocorrerá assim a limitação dos movimentos da língua, cujas fibras próprias estarão contraídas, limitando seus movimentos ou fazendo com que eles sejam ineficientes.

Haverá contrações com intensidade variável sobre os músculos suprahióideos e infra hioideo, o que tem como consequência além da extensão do pescoço, uma dificuldade para o fechamento da boca. O que poderá impedir que os lábios se juntem de maneira eficaz, impossibilitando o vedamento labial.

Em alguns casos podem ocorrer a abertura exagerada da boca, que pode estar associada à uma protusão da língua. Poderá ocorrer na criança também a flacidez ou rigidez de lábios, dificultando ainda mais a alimentação.

Dentre as várias alterações fonoaudiológicas propriamente ditas, há algumas que podemos citar:

- O atraso no desenvolvimento da linguagem e da fala;
- Distúrbios articulatorios;
- Alterações de voz (frequência, modulação, intensidade etc.);
- Alterações de aprendizagem da leitura e escrita;
- Alterações das funções vegetativas SSMO¹² (hiperreflexia, hiporeflexia, descontrole da baba, alterações de retroalimentação (tátil, cinestésica), sensibilidade, rejeição de estímulos orofaciais, tono muscular hipertenso ou hipotenso);

12 Sistema Sensório Motor Oral;

- Distorção do esquema corporal;
- Problemas auditivos;
- Presença de padrões de reflexos anormais, apresentando a persistência de reflexos orais, fazendo com que haja um padrão respiratório anormal;
- Espasmos musculares laríngeos, tensão das pregas vocais;

ESTIMULAÇÃO PRECOCE

“Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela

Não seja nem curta,

Nem longa demais,

Mas que seja intensa,

Verdadeira, pura... Enquanto durar”

(Cora Coralina)

A estimulação precoce é uma ação que possui um caráter educacional. Visa a prevenção dos desvios do desenvolvimento infantil, buscando o desenvolvimento integral da criança.

Desta forma, considera-se precoce por atingir a criança em etapas críticas do seu desenvolvimento psicomotor e ter caráter eminentemente preventivo, onde busca desenvolver as habilidades de forma global em etapas de crescimento e desenvolvimento da criança até os quatro anos de vida, tendo como necessidades técnicas a nutrição, a estimulação e a afetividade.

O propósito da estimulação precoce não é transformar crianças com deficiências em crianças típicas, esse com certeza não é o objetivo!! Mas sim, prevenir, detectar, minimizar, recuperar ou compensar as deficiências e seus efeitos. Tem o objetivo de promover o desenvolvimento global do bebê ou da criança, sendo a forma de tratamento adaptada a cada caso, proporcionando à criança nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo.

A estimulação precoce poderá evitar o agravamento e muitas vezes a irradiação do problema, guardando o sentido de antecipação, tendência a se evitar, atenuar e até compensar a deficiência da criança ou as suas consequências.

A maioria das crianças ao nascer não sofre qualquer tipo de transtornos ou deficiência. Elas têm um bom desenvolvimento intrauterino e nascem sem maiores problemas no parto. Entretanto, há uma parcela de recém-nascidos que necessita de atenção especial após o nascimento. São crianças com elevado risco de apresentar atrasos no desenvolvimento, tornando-se comprometidas e aquelas que ao nascer, possuem algum tipo de deficiência.

Quando um recém-nascido apresenta condições diferentes das esperadas para a sua idade, deve ser imediatamente encaminhado para uma avaliação mais criteriosa. Com isso, aumentam as chances de recuperação ou de minimização do problema.



5

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA
NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE
E SUA IMPORTÂNCIA
PARA A CRIANÇA COM ECI

“Na bruma leve das paixões que vêm de dentro
Tu vens chegando pra brincar no meu quintal
No teu cavalo peito nu cabelo ao vento
E o sol quarando nossas roupas no varal
Tu vens, tu vens
Eu já escuto os teus sinais
A voz de um anjo sussurrou no meu ouvido
E eu não duvido já escuto os teus sinais
Que tu virias numa manhã de domingo
Eu te anuncio nos sinos das catedrais.” (Alceu Valença)

O Fonoaudiólogo é um profissional de grande importância na equipe de Estimulação Precoce, tanto nos casos das crianças com ECI, como em outros variados casos (prematturos, síndromes genéticas, deficiência auditiva etc.).

As dificuldades encontradas na criança com ECI são inúmeras, principalmente, no que se refere a comunicação, alimentação e educação. O trabalho fonoaudiológico em si, visa trabalhar toda estrutura miofuncional orofacial buscando facilitar as funções de alimentação e fala, além da postura mais adequada para essas funções.

Essas crianças precisam de acompanhamento de estimulação precoce, fazendo com que elas tenham oportunidade de se desenvolver e obter aquisições no seu desenvolvimento motor através de experiências corporais.

O programa de estimulação precoce da Fonoaudiologia deve conter os seguintes aspectos:

- Estimulação da respiração e sopro;
- Estimulação auditiva, visual, gustativa, tátil e olfativa;
- Estimulação sensório-motor oral trabalhando a propriocepção neuromuscular (peri e intraoral), a sucção, mandíbula, lábios,

bochechas, protrusão lingual, deglutição, voz, prosódia, articulação, pontos motores da face, adequação do tônus, mobilidade, salivação, disfagia, alimentação e mastigação;

- Conhecimento do esquema corporal através da educação psicomotora, desenvolvimento do equilíbrio e organização estruturação espaço-temporal;
- Estimulação da fala, da linguagem e aprendizagem, estruturação da linguagem com frases, sílabas, raciocínio, compreensão, associação de ideias, organização do pensamento, onomatopeias, cantigas de roda, etc;

Se partirmos da ideia fundamental de que a criança constrói seus conhecimentos e a linguagem através da sua atuação no meio. Segundo Piaget (1978), fica estabelecido o porquê da importância das crianças com deficiências, no caso deste trabalho as com ECI, estarem incluídas em um programa de estimulação precoce.

A atuação fonoaudiológica na estimulação precoce, consiste em observar atentamente e detalhadamente a criança como um todo, considerando-se todas as áreas do seu desenvolvimento (LIMONGI, 2003). Em um olhar direcionado ao desenvolvimento integral da criança, buscando todas as aquisições que podem ser realizadas por ela e não só as que lhe faltam. Observando o que ela consegue fazer e preparando-a para futuras aquisições voltando para um objetivo maior de adequação das alterações motoras orais e do corpo como um todo.

Segundo ANDRADE (2000), nestas crianças precisamos alcançar todos os movimentos, simetria e controle proporcionados pelo tronco, nos planos frontal, sagital e transversal. Assim como a mobilidade e controle pélvico tão importantes para a marcha que nos leva a independência. A rotação do tronco é a base para a bilateralidade, integração e dissociação.

Pensando sobre essas questões e a condição sensório-motora necessária para a exploração do meio, fica mais fácil entender a relação existente entre o conhecimento desses princípios e o trabalho a ser desenvolvido pelo fonoaudiólogo com relação à construção da linguagem. Assim, a criança construirá as noções entre outras, de tamanho, forma, tempo, espaço, causa, permanência do objeto, chegando à representação e à condição de realização do jogo simbólico por meio da manipulação e exploração de objetos, aplicando vários esquemas motores coordenados (LIMONGI, 2003).

Caberá ao profissional criar as condições para a criança com ECI realize essas ações sensório-motoras que para tanto, necessita de conhecimentos sobre o desenvolvimento da preensão (ANDRADE, 2000), entre outras habilidades além do que já foi mencionado acima, fazendo com que o fonoaudiólogo tenha o olhar dirigido simultaneamente ao todo e às partes.

Avaliação Fonoaudiológica

Pensando-se especificamente nos casos de ECI, a avaliação clínica não deve ser relegada. É de enorme e fundamental importância a observação atenta e detalhada da criança, como já descrito no capítulo acima. Observar a criança como um todo, considerando todas as suas áreas do desenvolvimento.

Avaliar para que sejam identificadas as necessidades da criança naquele momento, pensando em um processo terapêutico. Essa visão muda à forma de conduta na intervenção terapêutica e o envolvimento quanto às futuras aquisições principalmente se considerarmos a participação da família.

Segundo JUNQUEIRA (2005), a avaliação possibilita a visualização dos limites do trabalho fonoaudiológico e a necessidade do tratamento multidisciplinar. Permite ainda ao fonoaudiólogo, traçar um plano terapêutico personificado e objetivo às características de cada paciente.

A conduta do fonoaudiólogo quanto às avaliações, deve se proceder na seguinte ordem:

- 1ª Etapa: Anamnese

A anamnese deve ser o primeiro passo na conduta terapêutica, onde além dos dados usuais sobre o cliente (nome, data de nascimento, idade, filiação, endereço, queixa, gestação, parto, doenças, constelação familiar, hábitos, sono, tratamentos realizados), a evolução da linguagem, fala e desenvolvimento motor (TELES, 2005), podemos recolher amplas informações sobre o seu desenvolvimento verbal familiar, o reconhecimento da problemática, a atitude dos pais diante da situação e a sua capacidade de colaboração no tratamento. (SANCLEMENTE, 2001).

Deve-se lembrar que esse é o momento de ouvir, e não de fazer julgamentos. Ao contrário, se possível, esclarecer dúvidas dos pais ou responsáveis sobre o assunto (TELES, 2005).

A anamnese é um momento de escuta. O profissional deverá estar atento a todo comportamento da família nesse momento, às respostas deles e se desarmar de preconceitos e opiniões pessoais. Cada família traz consigo suas lutas e particularidades, e por isso, devem ser respeitadas. As percepções que são do âmbito terapêutico, ou seja, as que podem interferir na evolução da terapia, essas, devem ser orientadas à família para que haja sucesso no processo.

- 2ª Etapa: Avaliação Miofuncional

A avaliação miofuncional tem como objetivo avaliar os órgãos fonoarticulatórios (lábios, língua, dentes, bochechas, palato duro e mole) composto por quatro partes: aspectos morfológicos e postura, tonicidade e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e as funções estomatognáticas (respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala).

Ao examinar os componentes do sistema estomatognático e dos órgãos fonoarticulatórios, o fonoaudiólogo deve ser capaz de juntar cada parte, formando o diagnóstico. Mas nos casos da ECI, são necessários outros exames, tanto fonoaudiológicos, quanto de outros profissionais.

É necessário que se faça uma avaliação sensório motora oral com detalhes, observando as falhas e pontos principais da criança, verificando os reflexos que estão em normalidade – os que já estão volitivos ou os que estão atípicos.

- 3ª Etapa: Questionário sobre a alimentação

Visto que a principal alteração da criança com ECI, são os problemas motores, o questionário da avaliação sobre a alimentação, se faz extremamente necessário. Neste questionário deve ser levado em conta: os antecedentes na alimentação da criança (amamentação, entubação, RGE) , quando começou a mastigar, a sua alimentação atual, tipo de consistência da sua comida (sólida, pastosa, etc), sabores, presença de engasgos e disfagia.

- 4ª Etapa: Avaliação Fonoaudiológica para a criança com ECI.

Essa avaliação pode ser um resumo das avaliações acima, ou um outro momento separado. Nesta avaliação serão colhidas informações sobre o histórico alimentar, avaliação do sistema sensório motor-oral, atividades reflexas (mordida fásica, reflexo de proteção/

gag, sucção/deglutição, reflexos de sobrevivência – busca, procura, voracidade) , salivação, sensibilidade (intra e peri-oral), funções neurovegetativas (respiração, controle motor da deglutição da saliva, avaliação funcional da dieta (consistência sólida, pastoso grosso, pastoso fino, líquido grosso, líquido grosso e deglutição), avaliação da comunicação oral (sistema fonético-fonológico, sintático-semântico e aspectos cognitivos da linguagem).

TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

A terapia fonoaudiológica deverá seguir um roteiro, tanto de adaptação quanto de tratamento. Deverá seguir etapas assim como nas avaliações e de acordo com a resposta que o paciente lhe der, o fonoaudiólogo seguirá a terapia.

O sucesso na terapia depende da construção do vínculo com a criança e a família. Fatores como a interação e o brincar na terapia promovem a motivação e permitem que a construção dos engrama neurais possam acontecer possibilitando a neuroplasticidade.

As sugestões de exercícios abaixo são somente uma ideia para que se possa entender o processo terapêutico da criança com ECI. É importante ressaltar que cada indivíduo é único e assim, a terapia também deve ser.

É preciso adequar os exercícios para cada situação, pois, vão existir crianças que não se adaptarão a determinados exercícios e será preciso recorrer a outras estratégias. O profissional que atua com estimulação precoce em especial, o fonoaudiólogo, deverá ser muito criativo e um curioso que busca além de entender as necessidades do paciente, estruturá-las para que sejam de eficácia terapêutica.

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS E DE SOPRO:

O volume e o controle da respiração são básicos para uma fonação correta. Uma respiração adequada relaxa a tensão muscular das regiões laríngeas e faríngeas, e a transfere ao diafragma com o objetivo de estabelecer um padrão correto, aumentando a capacidade vital dos pulmões, facilitando o controle da respiração e favorecendo a força e coordenação dos músculos envolvidos, inibindo assim, os padrões anormais da respiração.

Haverá casos em que será necessário somente 5 minutos de exercícios respiratórios, enquanto outros precisarão de um tempo maior. Algumas crianças necessitarão ainda de fazer uma grande preparação em nível de facilitação postural, prévia aos exercícios de respiração, e outras, não. Ainda existirão aquelas crianças que os exercícios deverão ser feitos de forma passiva. Quanto a este tópico, é importante reforçar a presença de outras disciplinas, como sendo de grande importância, principalmente quanto aos exercícios respiratórios, como a Fisioterapia. Por se tratar de interdisciplinaridade um programa de estimulação precoce e por ser a respiração uma função do sistema estomatognático, faz-se necessário essa abordagem.

Exercício 1: Criança em decúbito lateral, à direita e à esquerda

Favorece a inspiração pelo nariz e a expiração pela boca. Pouco a pouco, se conseguirá que a criança a prolongue. Esta posição é adequada para evitar movimentos associados e para as que tenham mal controle do tronco.

Exercício 2: Sopro

Com velas pequenas ou grandes:

- Soprar até apagá-las e depois soprar sem mover a chama.
- Com uma bola de ping-pong e um boneco de papel: Soprar a bola em direção ao boneco até derrubá-lo.

Obs: Se a criança não tiver potência suficiente para apagar a vela ou empurrar uma bola de ping-pong, fazer com que ela sople uma flauta ou papeis picados em uma mesa.

EXERCÍCIOS PARA ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS PERCEPÇÕES: AUDITIVA, VISUAL, OLFATIVA, TÁTIL E GUSTATIVA.

São exercícios que possuem o objetivo de estimular a sensorialidade da criança com ECI. Pois, além dos problemas motores, possui diversas alterações sensoriais associadas, às vezes em um grau maior e às vezes menor. Mas o que não devemos, é minimizar essa deficiência sensorial e sim, estimular para que essa criança possa ter em seu desenvolvimento (cognitivo, educacional, biológico, físico e social) todo auxílio sensorial e perceptivo que possa ser oferecido a ela.

Para a Fonoaudiologia, procuro enfatizar que tanto exercícios motores quanto sensoriais devem ser associados em componentes de fala e linguagem, estimulando esses aspectos paralelamente.

Exercício 1: Estimulação Visual:

- Exercícios com formas, posições, cores, tamanhos e fotos (preto e branco e depois coloridas) e esquema corporal.

Apresente a criança a figura escolhida dentre as citadas a aproximadamente 30 cm de distância e deixe-a permanecer no campo de visão dela por no mínimo 10 e no Máximo 30 segundos. Pode-se manter a figura fixa no início e ir deslocando-a, primeiro horizontalmente e depois verticalmente. Se não obtiver sucesso de até duas vezes em cinco tentativas, alterar o tamanho da figura (aumentá-lo) ou aproximar para 15 cm. Inicie com figuras maiores e vá diminuindo o seu tamanho gradativamente (faixas cada vez mais estreitas, bolas menores, desenho corpo humano menor). A face humana pode apresentar cada vez mais detalhes, a fim de aumentar a dificuldade do exercício visual.

Exercício 2: Estimulação Auditiva:

- Exercícios de reconhecimento, percepção, discriminação e orientação do som, memória auditiva e orientação temporal.
- Com chocalhos e outros instrumentos musicais ou bichinhos de vinil: posicione o brinquedo em diferentes posições em relação à criança (à direita, à esquerda, acima, em frente, atrás etc.) e produza o som, buscando com que a criança procure a fonte sonora (estimulação audiovisual). Faça também uma sequência de sons e os relacione com cores para que a criança memorize-os.

Exercício 3: Estimulação Tátil:

- Exercício de reconhecimento pelo tato e memória tátil.

Com retalhos de tecido esponjas e buchas de banho ou cozinha, cereais (de vários tipos), objetos de diferentes texturas, consistências e temperaturas etc. Apresente os materiais à criança. Deixe-a observá-los e auxilie-a a senti-los (passe-os em seu rosto, pés, mãos, barriga, etc.). Faça comentários acerca do que são, das suas características e das sensações percebidas.

Fique atento para que seja dado tempo suficiente para que a criança aproveite realmente cada um dos estímulos.

Não tenha pressa.

Apresente os materiais de forma organizada. Cuidado, não “bombardeie” a criança de estímulos, pois será improdutivo.

Exercício 4: Estimulação Olfativa/Gustativa

Fazer com que a criança tome consciência de que existem diferenças entre os alimentos e cheiros, tornando-se capaz de ter sua opinião sobre o que gosta ou não gosta e além de tudo desfrutar do prazer da degustação, diferenciando sabores (doce, salgado, amargo, azedo , etc), consistência (líquido, pastoso, sólido e com variações), e temperaturas (quente, morno, frio e gelado) .

Faça com que a criança sinta o cheiro do alimento antes de ingeri-lo, para que ela possa ter oportunidade de conhecer seu sabor. Ou caso seja uma criança que não tenha a possibilidade de ingerir o alimento, permita que ela o toque ou sinta seu cheiro e textura.

A criança deverá experimentar cheiros fortes, suaves, bons, ruins, e até mesmo alimentos sem cheiro

EXERCÍCIO DE RECONHECIMENTO DOS SABORES E CHEIROS

Algumas porções de alimentos de sabores diferentes num prato.

Ofereça à criança para que sinta o cheiro e depois para que prove cada um dos sabores. Nomeie-os e comente o que ela deve estar sentindo (se ela fala, peça para que comente). Entre a degustação de um e de outro sabor, ofereça água em uma colherinha ou molhe a boca da criança com uma gaze para que os sabores não sejam misturados.

EXERCÍCIOS PARA ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTOR ORAL

Exercícios 1: propriocepção e sensibilidade neuromuscular (peri e intraoral):

O estímulo proprioceptivo intraoral oferecido com esse tipo de estimulação é muito rico e um músculo com sensibilidade mais apurado (no caso, a língua) é capaz de realizar movimentos mais controlados facilitando a mobilização do alimento dentro da boca (colocá-lo de um lado pro outro, engoli-lo) (RODRIGUES & MIRANDA , 2001).

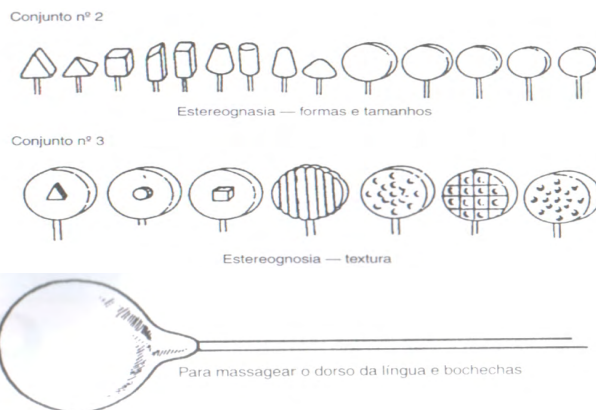
- Estimulação com material de Estereognosia, conforme a figura abaixo, trabalhando com formas, tamanhos e texturas: Colocá-

los dentro da boca do paciente - comece pelas bochechas e vá delicadamente até que chegue à língua. Explore as diferentes formas, tamanhos e texturas, sempre dizendo como que é (se ela não falar) ou perguntando à criança o que ela está sentindo e como que é o formato, tamanho ou textura (caso ela fale). Faça massagens peri e intraorais massageando o dorso da língua e as bochechas, usando o guia de língua para massagens nos três formatos (pequeno, médio e grande). Figura 3

Uma dica interessante é utilizar boleadores de aço inoxidável, escovinhas de dente, cotonete, dedeira, espátulas com sabores, cheiros e texturas, entre outros materiais que possam dar um input sensorial intraoral.

- Estimulação intraoral com alimentos, como chocolate em pó, farelo de bolacha, gelatina pronta, açúcar cristal, sal e leite em pó: sempre passando-os no sentido anteroposterior, que é o mesmo sentido em que os reflexos vão sendo naturalmente inibidos, atingindo toda região, e por último passar do dorso para o ápice, pois tal direção, provoca movimento de afilar língua.

Figura 3. Guia para massagem na língua e bochechas



Fonte: Manual de Terapia da Palavra. Canongia, 2005.

Exercício 2: técnicas de favorecimento da sucção:

A sucção é o resultado da coordenação dos músculos da língua, mandíbula e palato mole. Quando há líquido na boca produz-se a deglutição, a respiração se retém e o véu e a laringe são fechados. A sucção adevém de uma pressão negativa dentro da boca (intraoral), ajudando na deglutição da saliva (SANCLEMENTE, 2001).

- Para os casos de recém-nascido e crianças até 3 meses: Com o dedo enluvado, fazer movimentos de preensão e rotatórios nos lábios da criança, simulando uma sucção.
- Para a criança que tem maior controle e uso da preensão labial: na aprendizagem da sucção com o canudo, inicia-se com o que é mais fácil aumentando a dificuldade aos poucos e prestando atenção na postura da cabeça e do tronco. Só se oferece o canudo se o lábio superior puder participar, ou seja, não estiver retraído. Se a bochecha estiver retraída, terá de alongá-la.

Exercício 3: Estimulação para adequação do tônus.

Pode-se melhorar o tônus com a seguinte técnica: Se a musculatura estiver (rígida), os movimentos deverão ser lentos e profundos, podendo ser realizados em linha reta ou espiral. Se a musculatura estiver flácida, os movimentos serão rápidos, podendo ser contínuos ou interrompidos.

A língua hipotônica, segundo Canongia (2005), encontra-se larga, solta no assoalho bucal, o que acaba favorecendo uma inadequada postura em posição habitual, sendo frequente que se encontre entre as arcadas dentárias ou mesmo entre os lábios. Essas

massagens linguais, devem ser rápidas e vigorosas, realizadas de forma contínua ou descontínua.

A língua quando hipertônica encontra-se volumosa e contraída, centralizando-se na cavidade oral, podendo estar em contato com a papila incisiva ou a região anterior do palato ósseo exercendo força inadequada sendo indicadas massagens de forma lenta e profunda de modo que promova uma maior flexibilidade muscular.

Pode-se usar exercícios de resistência muscular e força. É importante observar a sensibilidade, pois essa pode ser um indicativo de diminuição ou aumento do número de exercícios.

Outro fator que deve ser levado em consideração, é se a criança consegue realizar os exercícios de forma ativa ou seja, se ela consegue realizar sozinha com a orientação do terapeuta, ou se ela consegue realizar de forma passiva, com o terapeuta estimulando.

Neste caso, serão realizados exercícios de massagem da musculatura orofacial e intra oral, com os dedos do fonoaudiólogo e com ajuda de massageadores diversos. Através de massagens e manobras o terapeuta buscará adequar essas estruturas.

Abaixo, exemplo de exercícios ativos.

- Lábios :
 1. Pressionar os lábios fortemente um contra o outro, em uma posição simétrica. Nessa posição, opor resistência a que sejam abertos pelo dedo do terapeuta.
 2. Encher os lábios superior e inferior de ar.
- Língua:
 1. Controlar a língua, mantendo-a imóvel durante um tempo determinado e uma posição prefixada, relaxando em seguida.

2. Empurrar as bochechas (uma de cada vez, alternando-as) com a língua.

- Bochechas:

1. Inflar as duas bochechas ao mesmo tempo e alternadamente;
2. Inflar as bochechas e em seguida, esvaziá-las pouco a pouco;

Exercício 4: Estimulação para adequação da mobilidade:

Segundo TELES (2005), trabalha-se a mobilidade com intuito de melhorar as funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala. Os exercícios de mobilidade segundo a autora, melhoram a inteligibilidade da fala e articulação fica facilitada e seguem o mesmo critério acima, em ativos e passivos.

- Lábios:

1. Levar os lábios para o lado direito e depois para o lado esquerdo, faça primeiro cada lado e depois os dois simultaneamente.
2. Através de onomatopeia, simular o barulho do carro, vibrando assim, os lábios.

- Língua:

1. Através de onomatopeia, simular a tartaruga, colocando a língua para dentro e para fora da boca.
2. Exercícios circulares com a língua dentro e fora da boca.

- Bochechas:

1. Inflar as bochechas e estourar com ambas as mãos;

2. Colar adesivos que soltem com facilidade em uma das bochechas e inflar e estourar somente a que estiver com adesivo ou contrário;
- Mandíbula:
 1. Abrir a boca lentamente e fechá-la.
 2. Abrir a boca rapidamente e articular: ba ba ba

Exercício 5: para deglutição.

Na deglutição correta, o bolo alimentar mastigado e salivado é levado à parte superior da língua. A alteração na deglutição, causa problemas funcionais, anatômicos e dificuldade de expressão verbal.

Na literatura, existem diversas manobras e exercícios para a deglutição e suas alterações.

- A criança deverá tocar nossas bochechas e nosso pescoço, quando engolimos. Desta maneira, sentirá a sensação da ação dos masseteres e de outros músculos envolvidos.
- A parte posterior da língua é muito ativa no momento de engolir. Fazer com que a criança repita o som do fonema /k/, por um momento sem interrupção.
- Pode ser colocado gotas de líquido (com canudo ou contagotas) sobre a língua até que se realizem movimentos de engolir.

Exercício 6: para protrusão de língua:

A língua é o órgão mais flexível e adaptável dos que intervêm no processo da alimentação. A protrusão continuada da língua dificultará os movimentos de alimentação, a deglutição, a salivação, a articulação e a voz.

- Pode-se ajudar a língua a adotar uma posição correta dentro da boca, massageando os músculos da base da mandíbula em um movimento anteroposterior em direção ao pescoço, exercendo uma pressão firme.
- Para evitar a protusão, pode-se exercer pressão sob a boca, com dedo indicador.

Exercício 7: estimulação dos pontos motores da face:

Esse método, é baseado na Terapia da Regulação Orofacial de Castilho de Morales, de Adriana Tessitore. Preconiza a estimulação do sistema nervoso periférico e melhoram a nutrição dos tecidos, consequentemente as sensações de frio, calor, dor, pressão e tato que leva à melhora das funções.

Exercício 8: Estimulação e controle na deglutição da salivação:

A saliva possui funções como lubrificação da mucosa, limpar a boca, transformar os alimentos para ser deglutido, ajudando a mobilidade da fala e facilitando a deglutição. A produção excessiva da saliva pode ser provocada por fatores como : alimento ácido, fome,

toque, memória de sabor ou olfato, descontrole motor da deglutição da saliva, hiperreflexia, falta de pressão negativa na boca.

A criança com ECI só conseguirá um bom controle na deglutição da saliva quando conseguir o equilíbrio desses fatores. Isto é, poderá controlá-la de forma mais eficiente, à medida que melhorar as funções de alimentação: quando conseguir retirar o alimento da colher, mastigar e deglutir alimentos sólidos, sorver líquidos de um copo e fazer pressão negativa suficiente para sugar no canudo.

Exercício 9: Estimulação da alimentação e mastigação:

A alimentação é um fator vital para o ser humano principalmente para o recém-nascido, propiciando o crescimento físico, o desenvolvimento neuropsicomotor, auxiliando no treinamento dos músculos para a adequação das funções de alimentação e fala, além de ser o início da comunicação e afetividade entre mãe e filho.

Muitas crianças com ECI, têm dificuldades em aprender a comer e beber, sendo bastante comum a alteração das atividades reflexas e da sensibilidade peri e intraorais associadas à necessidade de uma dieta balanceada tornando o horário das refeições momentos estressantes e socialmente desagradáveis.

A mastigação é das mais importantes funções do sistema estomatognático, correspondendo ao início do processo digestivo (FERRAZ, 2001).

Seja qual for o grau de comprometimento motor a aquisição da mastigação é sempre a primeira coisa que se deve conseguir. Pouco a pouco, a depender de cada criança, no seu tempo, as aprendizagens são automatizadas. A intervenção precoce permite

aprendizagens mais rápidas e persistentes, já que se instauram referências estáveis (SANCLEMENTE, 2001).

É importante ressaltar que antes de estimular com alimentos ou água deve-se entender e avaliar a deglutição do paciente, buscando a compreensão de como ela está ocorrendo e se encontra alterada, pois assim, o profissional poderá trabalhar de forma segura e eficiente.

Outro ponto é saber quais alimentos o paciente tem alergia ou rejeição, sendo de grande eficiência e importância nestes casos, o trabalho em equipe com um profissional da Nutrição e Terapia Ocupacional.

- Estimulação com alimentos: faz-se a introdução do alimento elegido nas laterais, sempre dando estímulo oral, fazendo o movimento três vezes para cada lado, tomando cuidado com o tamanho do alimento e a quantidade. Se a criança já morde o alimento, introduz-se em um pedaço maior na região molar fazendo pressão nessa região. O importante é dar input e ritmo para controle da deglutição da saliva.
- Simular a mastigação do doce favorito, fazendo movimentos rotatórios e corrigindo assim a mastigação.

Exercício 10: Exercícios para controle da disfagia:

A abordagem fonoaudiológica, em casos de reabilitação de pacientes com disfagia, visa maximizar a eficiência do processo da deglutição e evitar a aspiração. Para isso, são utilizados alguns procedimentos como os seguintes:

- São utilizadas técnicas e manobras específicas para disfagia, com o intuito de eliminar ou minimizar essa alteração na criança.

- Técnica de posicionamento: alicerçada no Conceito Neuroevolutivo Bobath, consiste em posicionar o bebê no colo de quem vai alimentá-lo, fazendo a flexão de cabeça para frente, colocando o queixo junto ao tórax e utilizando a flexão do quadril.

A observação e o cuidado devem andar juntos, principalmente quando se trata desse aspecto da terapia. É necessária atenção à demanda da criança e a verificação da possibilidade frente a cada manobra a ser realizada e/ou orientada.

Exercício 11: estimulação da voz, prosódia e articulação:

- Fonação e voz: As alterações de voz são muito frequentes e muitas vezes vêm ligadas a transtornos da respiração. São causadas por hiperadução das pregas vocais (espásticos), por hipoadução (flácidos), ou por má coordenação dos movimentos (atáxicos e atetósicos). Com o objetivo de estabelecer padrões normais de emissão, boa coordenação entre respiração e fonação, facilitação da projeção vocal, os exercícios de voz para as crianças com DNC, vem alcançando excelentes resultados.
1. Emissão de uma vogal: deitado no colchonete em decúbito lateral, direita e esquerda, e boca para baixo. Tentar fazer com que a emissão de voz seja sustentada.
 2. Grafismo de Borel, quando a criança tiver condições de desenhar, enquanto ela diz uma vogal, por ex: aaaaaa...ir desenhando: _____. E assim por diante associando desenho à vogal e o som. Esse exercício trabalha também ritmo.
 3. Exercício para conseguir melhor emissão: levantar as mãos fechadas na altura da cabeça e, então, baixá-las rapidamente, ao mesmo tempo em que se expira o ar com força.

- Prosódia:

A correta utilização da prosódia é básica para a comunicação e está alterada na maioria dos casos de ECI. A prosódia compõe-se do acento, entonação, duração, pausas e ritmo ao falar.

A utilização de diferentes padrões de prosódia pode supor uma melhora importante na inteligibilidade da fala da criança com ECI (PUYUELO & SANZ, 1983).

1. Usar palavras que se exagera na prosódia: /bem/ , /bom/ , /vamos/
2. Realizar diferentes combinações de vogais, ex: I E U, A I O, E A O I, etc.
3. Repetir palavras interrogativas, exclamativas, afirmativas, imperativas, marcando em todas elas entonação.

- Articulação:

A maioria das crianças com ECI apresentam problemas de articulação que repercutem diretamente na inteligibilidade de sua fala.

1. Exagerar nos movimentos de articulação.
2. Descrever imagens de um objeto ou de uma ação.
3. Usar onomatopeias (ai, ai / ui! / oi! / , etc.)

ESTIMULAÇÃO PSICOMOTORA:

A educação psicomotora se dá muitas vezes pelo fato da alteração motora ser o principal aspecto da criança com ECI.

Exercício 1: Esquema corporal:

A aquisição ou estimulação do esquema corporal (percepção que temos do nosso próprio corpo) que nos capacita a atuar tanto sobre suas partes como sobre o mundo exterior, estimulando e controlando os movimentos. Como já mencionado acima, faz-se necessário o fonoaudiólogo, associar sempre exercícios de estimulação da linguagem e fala.

1. Posicione a criança na frente do espelho e nomeie, cada parte do seu corpo. Para enriquecer a brincadeira, faça isso cantando músicas que citem, em suas letras, as partes do corpo e estimulem seus movimentos.
2. Montar quebra-cabeças que contenham partes do corpo humano.

Exercício 2: Estimulação do controle dos movimentos:

1. Com giz de cera, peça à criança para que desenhe livremente no papel, se for necessário, guie a mão dela para que consiga realizar os movimentos.
2. Faça diversos movimentos na frente do espelho para que a criança os imite, e depois inverta os papéis, buscando a adesão da criança à brincadeira e se possível, associe com músicas e objetos.

Exercício 3: Estimulação e controle do equilíbrio:

1. Monte com ajuda de cubinhos de madeira ou dominós, casas e prédios, empilhando-os ou os enfileirando.

2. Faça círculos, quadrados ou triângulos em uma folha branca, com giz de cera, tinta e depois com massinha.

Exercício 4: Organização estruturação espaço-temporal:

1. Posicione vários objetos em lugares diferentes da sala, e peça para que a criança diga se está no alto, baixo, direita, esquerda etc.
2. Coloque argolas coloridas ou pulseiras em várias partes do corpo da criança (perna direita ou esquerda, braço direito ou esquerdo etc.) e peça para que ela vá dizendo em que parte está.

ESTIMULAÇÃO DA FALA, LINGUAGEM E APRENDIZAGEM.

Exercício 1: Estimulação da fala através do balbucio.

- Converse com a criança e imite os sons que ela produzir. Dê um significado a eles dentro do contexto da conversa.
- Associe figuras ao determinado som, por ex: gato / miau

Exercício 2: de associação de ideias.

- Dizer uma frase e pedir para que a criança atribua um significado.
Ex. 1: o animal que dá o leite é a (vaca)
Ex. 2: quem faz o pão é o.... (padeiro)

Exercício 3: sequência lógica.

- Mostrar figuras que contenham uma história e pedir para que a criança coloque na ordem certa.

Exercício 4: estruturação de sílabas e frases.

- Diga uma sílaba e peça para que a criança complete:
Ex.: O gato mia . Quem mia? O ga --?
- Mostre a figura simulando ações e peça para que a criança diga o que está acontecendo.
Ex.: (figura menino jogando bola) pergunta: O que ele faz?
Quem é ele?

Exercício 5: raciocínio:

- Diga frases e mostre figuras pedindo para que a criança diga se está certo ou errado.
Ex.: mostra figura da menina brincando com a boneca.
Pergunta: A menina está jogando bola?
Está certo ou errado?
O que ela está fazendo?

Exercício 6: organização do pensamento:

- Contar histórias à criança e fazer perguntas a ela oralmente sobre a história.

Exercício 7: para a fala:

- Trabalhar os fonemas que ela apresenta mais dificuldades, de forma lúdica, com jogos de memória, dominós e figuras.
- Mostrar a criança objetos e pedir para que ela diga o nome e para que serve e depois fazer uma frase.

Observações:

Os exercícios mencionados acima são exemplos para que se possa ter uma ideia de como ocorre a terapia fonoaudiológica dentro de um programa de estimulação precoce.

O objetivo de descrever um pouco dessa atuação é abrir espaço para pensar em possibilidades!

Existem milhares de exercícios e materiais que podem ser utilizados e adaptados para cada caso.

O importante é primeiramente ser feita uma avaliação correta e depois um planejamento estratégico que contemple as necessidades fonoaudiológicas da criança e seu desenvolvimento integral.

É pensar que cada um tem sua maneira de existir e respeitar as individualidades.

Não existe uma receita de bolo quando o assunto é terapia e cada criança tem suas subjetividades e potencialidades a ser exploradas.

O pensar e fazer na terapia, devem trazer consigo respeito, ética, estudo e raciocínio clínico como sempre enfatizo! Não se pode pensar em terapia para crianças em desenvolvimento que não contemple o indivíduo em sua totalidade.



BREVES
CONSIDERAÇÕES
FINAIS

“A felicidade é uma borboleta pousada no ombro”

Ju Leiria

Essa pesquisa teórica teve como objetivo verificar a importância da estimulação precoce e a atuação fonoaudiológica na criança com encefalopatia crônica da infância. Um olhar integral para a criança em um processo terapêutico que busca em sua plenitude uma terapia lúdica, eficaz e feliz.

Vale salientar o papel do fonoaudiólogo na estimulação precoce e todo benefício que traz à criança com ECI. Pois sendo um profissional que atua na comunicação, no desenvolvimento infantil, linguagem e nas questões que tange a alimentação, traz grandes contribuições e marca a vida da criança com ECI não somente na estimulação precoce que é a fase inicial do tratamento dessa criança, mas durante todo processo terapêutico que a acompanha por toda vida.

A terapia é um processo lento que demanda estudo, carinho, paciência e dedicação (por parte do terapeuta e da família). No caso do atendimento em equipe, num programa de estimulação precoce, a interação entre a equipe e o vínculo com a família são essenciais para o sucesso no atendimento. Uma equipe engajada e preocupada com seus pacientes agrega forças sobrenaturais e que movimentam montanhas... isso deve ser valorizado por pais e instituições.

Um terapeuta que trabalha em seu consultório e mantém contato com os outros profissionais sobre seus pacientes. Que busca estudar, ler, entender os contextos e aperfeiçoar sua terapia, visando a melhora, a (re)habilitação do paciente com amor e dedicação, também deve ser respeitado...ele também movimenta montanhas... isso também deve ser valorizado por pais e instituições.

É um processo lento, porém, de suma importância para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da linguagem,

alimentação e fala da criança. Linguagem, fala e alimentação permitem seu “encaixe” na sociedade.

Falar do brincar, do alimentar e em muitas vezes do falar em uma criança com ECI, é pensar, que em todas as suas experimentações motoras estará em muitos momentos dependendo de outro para que possa-se viabilizar.

As intervenções têm por finalidade avaliar e observar atentamente à criança como um todo antes que se inicie a terapia. A avaliação é o ponto de partida para uma terapia essencial.

É necessário que o fonoaudiólogo tenha paciência e dedicação aos estudos que dizem respeito aos conhecimentos da fonoaudiologia e a atuação com crianças com Encefalopatia crônica da infância. Ainda temos muito caminho para andar e pesquisas para batalhar, causas para lutar...o caminho é longo, mas recompensador.

“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno, que não possa ensinar. Esopo”

MENSAGEM FINAL

“Sou feita de retalhos.

Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior... Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de “nós”.

(Cris Pizzimenti)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E. *Dicionário Médico*, São Paulo, SP: Atheneu, 1997.

ANDRADE, MLU. Fisioterapia e o trabalho fonoaudiológico em linguagem e comunicação na paralisia cerebral. *Paralisia Cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição (pontos de vista e abrangência)*. Carapicuíba: Pró-Fono R. Atual. Cient, p. 183-219, 2000.

ARAÚJO, B. R. ; SOARES, D. S. L. *Práticas em Fonoaudiologia*. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter , 2002.

BARCOS, C. B. *Reeducação da Fala e da Linguagem na Paralisia Cerebral*. 2 ed. Madrid, Espanha: Pré-escolar especial, 1984.

BASSETO, M. C. A.; BROCK, R. et al *Neonatologia*. Um Convite á Atuação Fonoaudiológica. São Paulo, SP: Lovise , 1998.

BAX, Martin CO. Terminology and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 6, n. 3, p. 295-297, 1964.

BAX, Martin. Aspectos clínicos da paralisia cerebral. *Finnie NR. O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. São Paulo: Manole, 2000.

BOBATH, K. *Uma base neurofisiológica para o tratamento neuromotor da paralisia cerebral*, São Paulo, SP: Manole, 1974.

BOONE, D. & PLANTE, E. *Comunicação Humana e seus Distúrbios*. 2 ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1994.

CAMARGOS, R. C. A.; AYUPE, A. M. K, FIGUEIRDO, P. R. P, GONÇALVES, V. R; Paralisia Cerebral. In __ CAMARGOS, R. C. A.; LEITE, R. H.; MORAIS, R. L. S.; LIMA, P. V. *Fisioterapia em pediatria. Da evidência à prática clínica*. Ed. MedBook, 2019.

CANONGIA, B. M. Manual de terapia da palavra. Ed. Revinter, 2005.

CASANOVA, P. J. *Manual de Fonoaudiologia*. 2 ed. São Paulo, SP: Artmed, 1997.

CORRÊA, M. A. M. *Educação Especial*. Rio de Janeiro, RJ: CEDERJ/CECERJ, 2004.

DIAS, Bruno Leonardo Scofano; FERNANDES, Alexandre Ribeiro; MAIA FILHO, Heber de Souza. Sialorreia em crianças com paralisia cerebral. *Jornal de Pediatria*, v. 92, n. 6, p. 549-558, 2016.

ENGLISH, D.; EHRENREICH, B. For Her Own Good: Two Centuries of the Experts' Advice to Women. *Rev. ed.* New York: Anchor, 2005.

FATTINI & DANGELO *Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar*. 2 ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2003.

FERRAZ, A. C. M. *Manual Prático de Motricidade Oral*. Avaliação e Tratamento. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2001.

FILHO, C. N. C. *Pediatria e Fonoaudiologia*. In____ ARAÚJO, B. R. et al *Fonoaudiologia Atual*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1997.

FINNIE R. N. et al *O Manuseio em Casa da Criança com Paralisia Cerebral*. 3 ed. Barueri, SP: Manole, 2000.

FRAZÃO, S. Y. *Linguagem na Terapia Fonoaudiológica com Bebês Portadores de Paralisia Cerebral* In____ LIMONGI, O. C. S. *Paralisia Cerebral. Processo Terapêutico em Linguagem e Cognição*. Carapicuíba, SP: Pró-Fono, 2000.

GOLDFELD, M. *Fundamentos em Fonoaudiologia. Linguagem*. 2 ed., Rio de Janeiro, RJ: Guanabara koogan, 2003.

GRÜNPUN, H. *Distúrbios Neuróticos da Criança*. Rio de Janeiro, RJ: Atheneu, 1966.

HASSON, C. B. M. *Terapia Psicomotora* in____ ARAÚJO, B. R.; PRACOWNIK, A. et al *Fonoaudiologia Atual*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1997.

JAKUBOVICZ, R. & BARROS, C. *Exercícios Práticos Para Habilitação e Reabilitação da Linguagem*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2004.

JAKUBOVICZ, R. *Atraso de Linguagem*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2003.

JUNQUEIRA, P. *Avaliação Miofuncional* In____ MARCHESAN, Q. I. *Fundamentos em Fonoaudiologia. Aspectos Clínicos da Motricidade Oral*. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.

LIMONGI, O. C. S. *Paralisia Cerebral. Linguagem e Cognição*. 2 ed. Carapicuíba, SP: Pró-Fono, 1998.

LIMONGI, O. C. S. *Paralisia Cerebral: Enfoque Fonoaudiológico*. In____ MARCONDES, E. ; ANDRADE, F. R. C. *Fonoaudiologia em Pediatria*, 1 ed. São Paulo, SP: Sarvier, 2003.

MYSAK, *Patologias dos Sistemas da Fala. Identificação dos Distúrbios da Fala*. Princípios de exame e tratamento. 2 ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2002.

NAKAYAMA, M. A. *Educação inclusiva: fundamentos e perspectivas*. Ed. Appris. Curitiba, 2019.

PIAGET, Jean. *La equilibración de las estructuras cognitivas: problema central del desarrollo*. 1978.

PUYELO, M. et al *A Fonoaudiologia na paralisia cerebral*. Diagnóstico e Tratamento. São Paulo, SP: Santos, 2001.

RODRIGUES, A. F. M. MIRANDA, M. S. *A estimulação da criança especial em casa*. Rio de Janeiro, RJ: Atheneu, 2001.

SANCLEMENTE, M. P. Problemas de linguagem na paralisia cerebral. *Diagnóstico e tratamento*. In: Puyelo-Sanclemente M, Arguelles PP, Almirall CB, Métayer M L. São Paulo: Editor Santos, p. 17-77, 2001.

SCHWARTZMAN, S. Paralisia Cerebral. *Temas Desenvolv*, v.3, p.4-21, 1993.

SOUZA, R. B. L. *Fonoaudiologia Fundamental*. São Paulo, SP: Revinter , 2000.

TABITH, A. J. Distúrbios da comunicação. _____. *Foniatria: disfonias, fissuras labiopalatais, paralisia cerebral*, v. 2, p. 55-76, 1995.

TELES, L & NASCIMENTO, P. Y. *Atuação Fonoaudiológica na Paralisia Cerebral*. Goiânia, GO: UCG, 2005.

VAYER, P.;PICO, L. *Educação Psicomotora e Retardo Mental*. 4 ed. São Paulo, SP: Manole, 1988.

VIGOTSKI, L. S. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2003.

WITSHIRE O. L. M. *Estimulação Precoce – Infância em Movimento*. Rio de Janeiro, RJ: Pestalozzi, 2001.

ÍNDICE REMISSIVO

A

adequação 74, 85, 87, 90
 alimentação 22, 27, 56, 57, 58, 62, 63, 67, 68, 73, 74, 77, 89, 90, 99, 100
 Alterações 46, 55, 66, 68, 72
 Alterações Fonoaudiológicas 66, 72
 amor 10, 12, 99
 articulação 74, 87, 89, 92, 93
 atendimento 16, 20, 99
 atuação 15, 16, 22, 24, 48, 74, 97, 99, 100
 Atuação 72, 102, 104
 Auditiva 81
 Avaliação 75, 77, 103

B

benefício 99
 brincar 55, 73, 78, 100

C

carinho 10, 15, 20, 99, 101
 CFCS 50, 52
 cheiros 82, 83, 84
 comprometimento 38, 45, 46, 47, 49, 55, 64, 67, 90
 comprometimento motor 38, 47, 49, 90
 Comunicação 50, 52, 102
 consultório 99
 contribuições 99
 crescimento 10, 40, 45, 46, 56, 70, 90, 99
 criança 10, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 39, 40, 44, 45, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 102, 104

D

decúbito 64, 79, 92
 dedicação 99, 100
 deficiência 15, 17, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 57, 70, 73, 80
 Definição 37
 deglutição 23, 55, 56, 57, 58, 62, 63, 67, 74, 77, 78, 85, 87, 88, 89, 90, 91
 desenvolvimento 21, 22, 23, 26, 27, 35, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 54, 55, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 80, 90, 97, 99
 Desenvolvimento 59, 63, 66, 72
 desenvolvimento infantil 26, 39, 45, 65, 70, 99
 diagnóstico 45, 46, 77
 disfagia 74, 77, 91

E

ECI 10, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 90, 93, 99, 100
 Encefalopatia 11, 15, 24, 25, 37, 38, 39, 63, 100
 envolvimento neuromuscular 47
 equilíbrio 23, 40, 49, 51, 74, 90, 94
 equipe 24, 73, 91, 99
 Esquema 94
 Estimulação 69, 73, 74, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 104
 Estimulação Precoce 69, 73, 104
 estruturação 74, 95, 96
 estudo 10, 26, 65, 97, 99
 Exercícios 79, 80, 81, 83, 87, 91, 103

Exercícios Respiratórios 79
experimentações 55, 100

F

fala 23, 55, 68, 73, 74, 76, 77, 80, 83, 87, 89, 90, 93, 94, 95, 97, 100
família 19, 23, 26, 27, 34, 45, 47, 57, 58, 75, 76, 78, 99
Fatores de Risco 42
favorecimento 85
fonoaudiólogo 24, 75, 76, 77, 78, 86, 94, 99, 100

G

GMFCS 50, 51
Gustativa 82

H

habilitação 99
História 33, 37, 43

I

importância 24, 50, 72, 73, 74, 75, 79, 91, 99
Infância 11, 15, 24, 25, 37, 38, 63, 104
instituições 10, 32, 34, 99
interação 78, 99
intervenções 100

L

língua 56, 57, 63, 67, 68, 77, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89
linguagem 17, 21, 22, 23, 50, 55, 68, 74, 75, 76, 78, 80, 94, 95, 99, 102, 104

M

manutenção 32, 99
mastigação 23, 55, 67, 74, 77, 87, 90, 91
mobilidade 50, 51, 52, 58, 74, 77, 87, 89
movimentos 39, 40, 47, 48, 49, 54, 55, 62, 64, 68, 74, 79, 83, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 94

N

neuromuscular 47, 48, 57, 73, 83

O

Olfativa 82

P

paciência 10, 99, 100
pacientes 16, 67, 91, 99
pais 10, 15, 29, 76, 99
pensamento 19, 20, 27, 30, 32, 36, 50, 74, 96
percepções 29, 76, 80
pesquisa 50, 65, 99
plenitude 99
pontos motores 74, 89
Precoce 69, 73, 104
processo terapêutico 15, 75, 78, 99, 102
profissionais 10, 15, 32, 77, 99
profissional 10, 15, 16, 19, 24, 50, 73, 75, 76, 78, 91, 99
programa 22, 23, 73, 74, 79, 97, 99
propriocepção 73, 83
prosódia 74, 92, 93
protrusão 74, 89

R

raciocínio 74, 96, 97
reconhecimento 22, 23, 32, 60, 76, 81, 82, 83
reflexo 56, 59, 61, 62, 64, 65, 67, 77
Reflexos 62, 63
Risco 42

S

sabores 77, 82, 83, 84
salivação 74, 78, 89
sensibilidade 15, 20, 68, 78, 83, 86, 90
sociedade 26, 27, 30, 33, 34, 36, 100
Sopro 79, 80

T

Tátil 82
técnicas 36, 70, 85, 91
terapeuta 20, 47, 65, 86, 99
terapia 19, 22, 65, 76, 78, 92, 97, 99,
100, 102
Terapia 78, 84, 89, 91, 103
terapia lúdica 99
típico 57, 59, 60, 65
tipo clínico 47
tônus 21, 40, 57, 61, 74, 85
topografia 47
tratamento 29, 45, 47, 70, 76, 78, 99, 102,
103, 104

V

vida 9, 11, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24,
32, 39, 44, 45, 46, 48, 57, 58, 60, 61, 62,
63, 69, 70, 99, 101
vínculo 78, 99
Visual 81
voz 55, 68, 73, 74, 89, 92

SOBRE A AUTORA

Moniki Aguiar Mozzer Denucci

Fonoaudióloga CRFa.12.460 -1. Mestre em Cognição e Linguagem, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF. Especializada em Educação Especial com ênfase em Deficiência Intelectual, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Pós-graduada em Distúrbios da Fala e Linguagem, Universidade Iguazu - UNIG. Aprimoramento em Saúde Integral da Criança e do Adolescente, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Equoterapeuta Nível Avançado pela ANDE/Brasil. Professora Universitária nos cursos de Fonoaudiologia e Pedagogia do Centro Universitário Fluminense – UNIFLU, Campos dos Goytacazes. Membro do Comitê de Ética e pesquisa UNIFLU - CONEP.

www.pimentacultural.com

Encefalopatia Crônica da Infância

um enfoque
fonoaudiológico
em atuação
na estimulação
precoce