

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
BACHARELADO EM FONOAUDIOLOGIA

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA SÍNDROME DE PRADER WILLI: ESTUDO  
DE CASO**

Aline Sousa Lobo

GOIÂNIA  
2020

Aline Sousa Lobo

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA SÍNDROME DE PRADER WILLI: ESTUDO  
DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, na qualidade de artigo científico, à coordenação do curso de Fonoaudiologia da Escola de Ciências Sociais e da Saúde, ao curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ma. Maria Carolina Lacerda.

GOIÂNIA,

2020

## ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA SÍNDROME DE PRADER WILLI: ESTUDO DE CASO

Aline Sousa Lobo<sup>1</sup>. Maria Carolina Cabral de Lacerda<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Em 1956, PRADER, LABHART E WILLI descreveram uma condição com fenótipo constituído por baixa estatura, obesidade, retardo mental, criptorquidia e hipotonia na infância, denominada Síndrome de Prader Willi. **Objetivo:** Realizar um estudo de caso sobre a atuação fonoaudiológica com estimulação por meio de atividades lúdicas em uma pessoa com Síndrome de Prader Willi. **Método:** Trata-se de um relato de estudo de caso. **Resultados:** O caso estudado mostra evolução na mobilidade das funções dos órgãos fonoarticulatórios e melhora no desenvolvimento da linguagem. **Discussão:** A intervenção fonoaudiológica mostrou-se eficaz no tratamento do paciente com SPW cujas consequências alteram o desenvolvimento do sistema estomatognático e da Linguagem, por meio de atividades lúdicas e orientação à família. **Conclusão:** A atuação fonoaudiológica com estimulação através de atividades lúdicas com o paciente G. A. S. F., mostrou-se eficaz no desenvolvimento da Linguagem e Sistema estomatognático, proporcionando melhora na qualidade de vida diária deste paciente.

**Descritores:** Síndrome de Prader Willi; fonoaudiologia; estimulação.

### ABSTRACT

**Introduction:** In 1956, Prader, Labhart and Willi described a condition with a phenotype consisting of short stature, obesity, mental retardation, cryptorchidism and hypotonia in childhood, called Prader Willi Syndrome. **Objective:** To carry out a case study on speech therapy with stimulation through play activities in a person with Prader Willi Syndrome. **Method:** This is a case study report. **Results:** The case studied shows an evolution in the mobility of the functions of Organs phonoarticulatory organs and an improvement in language development. **Discussion:** The speech therapy intervention proved to be effective in the treatment of patients with SPW whose consequences alter the development of the stomatognathic system and language, through play full activities and family orientation. **Conclusion:** Speech therapy with stimulation through play activities with the patient G. A. S. F., proved to be effective in the development of the Stomatognathic Language and System, providing an improvement in the daily quality of life of this patient.

**Key words:** Prader Willis syndrome; speech therapy; stimulation.

---

1 Graduanda do curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

2 Docente do curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

## INTRODUÇÃO

Em 1956, PRADER, LABHART E WILLI descreveram uma condição com fenótipo constituído por baixa estatura, obesidade, retardo mental, criptorquidia e hipotonia na infância, denominada Síndrome de Prader Willi. A Síndrome de Prader Willi (SPW) é uma doença complexa, multissistêmica, caracterizada por hipotonia, retardo mental, características dismórficas e disfunção endócrina hipotalâmica (CARVALHO et al., 2007).

A prevalência estimada de SPW é de 1: 10.000 a 1: 30.000 em várias populações. No Brasil, observa-se uma escassez de trabalhos focando as áreas de avaliação de saúde mental e intervenção comportamental na SPW, assim como estudos direcionados ao desenvolvimento de programas de prevenção de algumas destas alterações. No Brasil, não há registro sistemático do número de pessoas com a síndrome, que pode afetar meninas e meninos, indistintamente (DRISCOLL et al, 2017; MESQUITA et al, 2010).

Sua etiologia decorre de três mecanismos diferentes: deleção, dissomia uniparental (20 a 25%) e defeito no centro de imprinting (1 a 2%). (LOPES et al, 2017). O distúrbio SPW surge da falta de expressão de genes herdados paternalmente conhecidos por serem impressos e localizados na região do cromossomo 15q11-q13. Impressão genômica, um processo descrito pela primeira vez na genética de plantas e não conhecido na genética humana até sua descoberta em SPW. É um fenômeno epigenético em que o fenótipo é modificado dependendo do sexo do pai que contribui com esse alelo. Surge de mudanças epigenéticas (como metilação) nos genes durante a gametogênese que resultam na expressão do gene dependente do pai.

Este processo resulta em uma marcação específica reversível de uma fração do genoma que é exclusiva dos pais e produz a expressão do gene mono-alélico do alelo materno ou paterno de um locus impresso particular. Aproximadamente 70% dos casos de SPW são causados por uma deleção não hereditária na região do cromossomo 15q11-q13 derivado paternalmente; aproximadamente 25% dos casos resultam de dissomia materna 15 (ou seja, dois cromossomos 15s maternos e nenhum cromossomo 15 paterno); e os casos restantes surgem de defeitos de impressão genômica (microdeleções ou epimutações) do centro de impressão

localizado na região 15q11-q13 ou translocações balanceadas do cromossomo 15 (BITTEL e BUTLER, 2005).

A SPW caracteriza-se por duas fases clínicas. Na primeira, os sintomas cardinais são: hipotonia neonatal, dificuldade de alimentação, letargia, choro fraco e hiporreflexia. A segunda, a partir dos seis meses, apresenta melhora gradual da hipotonia, ganho de peso e desenvolvimento progressivo da hiperfagia e obesidade. Alterações genitais como criptorquidismo, micropênis e bolsa escrotal hipoplásica são encontradas em crianças do sexo masculino e, hipoplasia dos genitais externos, no sexo feminino (MESQUITA et al, 2010).

As alterações encontradas na SPW podem ser divididas em três categorias principais: alterações estruturais, comportamentais e intelectuais. Alterações estruturais, como baixa estatura está presente em até 90% dos indivíduos afetados. A diminuição da massa magra e o aumento da massa gorda contribuem para a hipotonia e a obesidade. Além disso, a relação massa gorda/ massa magra é maior nos pacientes com SPW quando comparada a indivíduos de peso normais e obesos não portadores da SPW. Acredita-se que essas alterações estruturais estejam relacionadas à deficiência de hormônio do crescimento (GH), também característica da síndrome. Hipogonadismo hipogonadotrófico hipotalâmico pode estar presente na SPW, levando a um quadro de retardo puberal e infertilidade.

Pacientes com SPW apresentam também diminuição da mineralização óssea, fato que explica a incidência aumentada de osteoporose associada à síndrome. Alterações comportamentais: Os pacientes com SPW apresentam comportamento compulsivo, que pode se expressar por meio de episódios de auto escoriações, distúrbios ansiosos, como transtorno obsessivo-compulsivo e hábito alimentar compulsivo, o que constitui um fator determinante na progressão da obesidade. Após o período da adolescência, podem apresentar, ainda, transtornos afetivos com psicoses recorrentes, bem como quadros com características catatônicas, que ocorrem provavelmente por disfunção gabaérgica. Alterações Intelectuais: Graus variáveis de retardo mental, dificuldade de aprendizado e menores médias de coeficiente de inteligência tem sido observados em indivíduos com SPW (CARVALHO et al., 2007).

Este trabalho tem por objetivo realizar um estudo de caso sobre a atuação fonoaudiológica com estimulação por meio de atividades lúdicas em uma pessoa com Síndrome de Prader Willi.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa, retrospectivo, por meio de levantamento de dados de prontuário.

Para o levantamento de dados no prontuário foi levado em consideração dados relativos aos achados de anamnese, avaliação, planejamento terapêutico e resultados.

Após análise dos achados do prontuário, observou-se que foi necessário o total de 27 encontros, sendo que 07 foram destinados às avaliações e os demais para a fonoterapia. Foi utilizado o protocolo de anamnese fonoaudiológica (Anexo A); protocolo de avaliação de motricidade orofacial (Anexo B); e o Protocolo de Linguagem (Anexo C). Os atendimentos ocorreram duas vezes por semana, entre os meses de agosto e dezembro de 2019, com duração aproximada de 40 minutos cada.

## **Caso clínico**

Paciente G. A. S. F., 20 anos, sexo masculino, com diagnóstico de SPW, apresentou alterações em seu desenvolvimento. Alterações essas observadas pela família. O paciente recebeu o diagnóstico da síndrome após a mãe do mesmo o ter levado ao médico neuropediatra.

Segundo relatos da mãe, embora a gravidez não tenha sido planejada, foi desejada e realizou o pré-natal desde o primeiro mês de gestação. De acordo com os dados coletados, a mãe relatou que não fez uso de entorpecentes lícitas ou ilícitas. O parto de G.A.S.F. foi normal, a termo com peso de 2.100 Kg e 49 centímetros.

A mãe do paciente o amamentou somente até o 15º dia de vida, após isso fez uso de mamadeira por dois anos, furo no bico da mamadeira realizado com tesoura (SIC). Ainda de acordo com os relatos a sucção era fraca e por esse motivo não conseguiu a pega no seio materno. Aos 06 meses teve a introdução do sal com boa aceitação. Atualmente G.A.S.F. apresenta uma alimentação balanceada, pois apresenta sobrepeso e tem facilidade em ganhar peso por causa da SPW.

De acordo com os achados do prontuário, o paciente apresentou atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor: Apresentou controle de cabeça com 09 meses, sentou com 01 ano e 01 mês, engatinhou com 01 ano e 06 meses e começou a deambular com 02 anos e 01 mês. Com base nos relatos, faz o controle de esfíncter sem intercorrências.

Sobre a fala e linguagem, também apresentou alterações em seu desenvolvimento, com balbúcio e sons variados iniciados com 03 anos de idade. Já as primeiras palavras, iniciaram com 05 anos. Não conseguiu estabelecer as primeiras frases, pois a sua fala sempre foi restrita a 02 elementos, fato que o acompanha até a data da coleta dos dados (2019). Ainda na presente data, não faz relatos, sua comunicação é exclusivamente por gestos, mímica e apontando o dedo. Possui independência para realizar suas atividades de vida diária.

Faz acompanhamento com Psicóloga, aulas de informática, artes, natação e academia. Já realizou cirurgia de cardiomiopatia hipertrófica e orquidopexia, tem rinite, hipertensão pulmonar e embolia. Faz uso do Bipap para dormir.

A principal queixa apresentada pela mãe paciente é sobre o desenvolvimento da fala, uma vez que o paciente não se comunica por meio dela.

A avaliação fonoaudiológica foi realizada em agosto de 2019 e foram observados os seguintes aspectos:

a) Avaliação da Postura Corporal e da Motricidade Orofacial

O paciente apresentou a cabeça e coluna eretas, ombro direito levemente rebaixado. Na posição dos pés, foi observado um em descanso e o outro com mais peso, provavelmente por causa do sobrepeso. A deambulação é lenta, porém normal.

A dentição é permanente em bom estado de conservação, com ausência somente dos dentes sisos. O palato duro é normal. A língua tem a morfologia é volumosa e a tensão muscular é flácida. O frênulo tem a extensão normal. A maioria das praxias foi ausente, apresentou mais dificuldades nas que envolvem lábios e bochechas. Não foi possível observar a úvula, pois o usuário apresenta na escala de Mallampati, a classe IV. As bochechas são volumosas e rígidas. A respiração é nasal. A mastigação é unilateral preferencialmente do lado esquerdo. Na deglutição

de sólido e líquido apresentou movimentos compensatórios de mímica perioral e tensão mental.

#### b) Avaliação de linguagem

A avaliação se deu na ausência de oralidade, pois como relatado anteriormente o paciente faz uso exclusivo da comunicação gestual.

No aspecto sintático-semântico, na recepção, ele compreendeu ordens simples e complexas. Na compreensão, foi solicitado que colocasse, em ordem, uma história que estava dividida em três partes, foi realizado com sucesso. O Paciente explicou a história apenas com gestos.

No aspecto cognitivo, apresentou esquema corporal nele e no outro, lateralidade, reconheceu as cores primárias, as formas básicas com exceção do retângulo, quantidade, tamanho, orientação espacial, orientação temporal com exceção de dias da semana e meses do ano, os termos polares, a percepção visual e auditiva.

#### Terapia Fonoaudiológica

De acordo com os dados coletados foi realizado o plano geral de terapia, visando à queixa e as alterações encontradas nos protocolos de avaliação de motricidade orofacial e Linguagem.

A terapia fonoaudiológica teve como objetivo: adequar a comunicação oral, automatizar as funções do sistema estomatognático (mastigação e deglutição) e suas estruturas (lábios, língua e bochechas). Com relação à conduta terapêutica a mesma baseou-se em:

##### 1. Exercícios de motricidade orofacial

Por meio dos exercícios miofuncionais, praxias orofaciais, correção da mastigação que se encontrava unilateral esquerda, mobilidade de bochechas, lábios, língua e deglutição sem tensão e mímica perioral. Clinicamente, foram observadas melhora nas funções e estruturas do sistema estomatognático, houve evolução na vibração de lábios, conseguiu “mandar beijo” e estalá-los, aumentou os movimentos das bochechas e houve diminuição da dificuldade em mastigar de forma bilateral.

##### 2. Estimulação de linguagem:

Nos Aspectos Sintático-Semânticos, foram propostas atividades que aumentassem o vocabulário em várias categorias, compreensão de histórias com início, meio e fim, e estruturação de frases com mais de dois elementos.

Nos Aspectos Cognitivos, propôs-se atividades que aumentassem o tempo de atenção, estendessem a memória para mais de três elementos, discriminação e reconhecimento dos dias da semana, meses e datas comemorativas.

Durante a terapia, o paciente mostrou-se interessado a realizar todos os exercícios propostos. Manteve a atenção, colaborou e participou em tudo. Quando não entendia alguma coisa, olhava fixamente nos olhos e balançava a cabeça negativamente.

Observou-se também, a melhora no desenvolvimento da Linguagem onde emitiu frases com três elementos (“Senhor chuva hoje”), aumentou o tempo de atenção e memória visual significativamente de 03 elementos para 07.

## **DISCUSSÃO**

Formiga, Pedrazzani e Tudela (2010) ressaltam que a intervenção precoce em crianças com deficiência intelectual possui importante significado no sentido de fortalecer e/ou formar novas conexões neuronais. Segundo Marinho et cols., 2015, a característica mais marcante já no início da lactação nesse grupo de pacientes é a hipotonia, o que prejudica do desenvolvimento motor ao sistema estomatognático e traz consigo consequências no crescimento e desenvolvimento craniofacial. A estimulação precoce, como abordagem de caráter sistemático e sequencial, utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social (BRASIL, 2016).

De acordo com os autores descritos acima, a intervenção e estimulação precoce são fundamentais, conforme relatos da anamnese, o paciente do presente estudo, foi diagnosticado com SPW ainda criança e desde então vem sendo assistido por equipe multidisciplinar com fisioterapeuta, educador físico, Nutricionista, Fisiatra, Pneumologista, Cardiologista e professor de artes, recebendo estímulos. Contudo, o baixo desenvolvimento da linguagem mesmo após a intervenção pode ser uma característica não somente da SPW, como de outras doenças que tem como comorbidade a deficiência intelectual.

O paciente apresentou características no que diz respeito à SPW como histórico de sucção fraca, hipotonia, atraso no desenvolvimento global, hiperfagia,

obesidade, alterações nas condutas morfosintáticas, pragmáticas e comunicativas. O que corrobora os estudos de Misquiatti, 2011. Outra informação também obtida em avaliação fonoaudiológica, reforça achados de outras pesquisas, no que se refere à deficiência intelectual que G.A.S.F também apresentou.

Sabe-se que a SPW apresenta graus variados de deficiência intelectual, sendo que a maioria dos pacientes é classificada como moderado. Esse perfil de característica faz com que o trabalho da fonoaudiologia seja contínuo e deve ser iniciado o mais precocemente possível.

Os jogos utilizados com G.A.S.F. foram escolhidos de acordo com a especificidade e seus níveis de desenvolvimento. Braccioli et al, 2004, afirma em seus estudos que crianças que apresentam Deficiência intelectual podem ter maiores dificuldades para participar de brincadeiras, por isso a importância do planejamento da atividade lúdica, da escolha da atividade, adequando-a as características e necessidades da criança.

Piaget (1975) entendia o brinquedo e o jogo como fundamentais para a evolução e crescimento social. Vygotsky (1988) afirmava que por meio do jogo a criança aprende a agir em uma esfera cognitivista. No caso aqui estudado, através de recursos terapêuticos como dominó, jogos de memória, quebra-cabeça, observou-se melhora no tempo de atenção, na extensão da memória visual de três elementos para sete, nas condutas e funções comunicativas. Contudo, na estruturação frasal, continuou apresentando alterações como em outras pesquisas corroboram a continuação de alterações na linguagem mesmo após a intervenção, evidenciando assim, a necessidade da intervenção precoce e a atuação fonoaudiológica junto à equipe multidisciplinar, como afirmam vários autores.

Após as sessões, todas as orientações eram repassadas à mãe de como a estimulação poderia ser continuada em casa, conforme Fujisawa; Manzini, 2006 e Guimarães, 2015, ressaltando a importância da atividade lúdica na estimulação, a influência positiva no desenvolvimento infantil e a relação do fazer com a criança e não por ela, seja no momento da terapia, seja com sua família.

Segundo Braga et cols, 2005, o contato próximo com os pais tem influência significativa no desenvolvimento cerebral. A interação positiva pais/criança se correlaciona com ganhos neurológicos e comportamentais da criança. Pesquisas científicas baseadas em evidências comprovam que as crianças com problemas cerebrais congênitos tratadas com a participação da família têm melhores

resultados, tanto na área motora quanto na cognitiva. A transferência de conhecimento para a família, pelos profissionais, sobre os problemas e as formas de enfrentá-los fortalece e tranquiliza os pais.

### **Conclusão**

A terapia fonoaudiológica com estimulação por meio das atividades lúdicas com G. A. S. F., mostrou-se eficaz no desenvolvimento da Linguagem e melhora no Sistema estomatognático tanto na mobilidade quanto no tônus, proporcionando melhora na qualidade de vida diária deste paciente.

Assim sendo, os resultados deste trabalho servem também para demonstrar a necessidade de realizar mais estudos específicos sobre a atuação fonoaudiológica em pessoas com a Síndrome de Prader Will e os resultados significativos que esta atuação pode oferecer.

## Referências

CARVALHO, Daniel F. de et al. **Abordagem terapêutica da obesidade na Síndrome de Prader-Willi.** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 913-919, ago. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302007000600004.LOPES>.

LISLÂNIA, Machado Pereira et al. **Insuficiência respiratória grave na síndrome de Prader-Willi: Relato de caso.** Resid Pediatr. 2017;7(1):21-24 DOI: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2017.v7n1-04>

MARINHO, Bárbara Cristina et al. **Síndrome de Prader-Willi: uma revisão da literatura.** Rev. CIF Brasil. v. 2, n. 2 p. 44-56, 2015.

MESQUITA, Maria Luiza G. de et al. **Fenótipo comportamental de crianças e adolescentes com síndrome de Prader-Willi.** Revista Paulista de Pediatria ISSN 0103-0582. v. 28, n. 1, p. 63-69, Mar. 2010.

MISQUIATTI, Andréa Regina Nunes; CRISTOVAO, Melina Pavini; BRITO Maria Claudia. **Percurso e resultados da terapia fonoaudiológica na síndrome de Prader-Willi (SPW): relato de caso.** J. Soc. Bras. Fonoaudiol., São Paulo, v. 23, n. 1, p. 77-81, Mar. 2011. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000100016>.

PEREIRA, Verônica Aparecida et al. **Relato de intervenção precoce: acompanhamento de um bebê com a Síndrome de Prader-Willi.** Contextos Clínic, São Leopoldo, v.9, n. 1, p. 19-31, jun.2016. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.91.02>.



## Anexo A



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA  
CLÍNICA-ESCOLA DE FONOAUDIOLOGIA  
NÚCLEO DE LINGUAGEM



## ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA – INFANTIL

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses  
 D.A. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Indicação: \_\_\_\_\_

### 1. QUEIXA

- 1.1 Queixa principal: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 1.2 Quem percebeu o problema? \_\_\_\_\_  
 Quando? \_\_\_\_\_  
 1.3 Quais as providências tomadas? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 2. ANTECEDENTES FAMILIARES

- 2.1 Quem? \_\_\_\_\_  
 2.2 Qual o problema? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3. HISTÓRIA PREGRESSA

- 3.1 Gestação  
 Planejada? \_\_\_\_\_ Desejada? \_\_\_\_\_  
 Fez pré-natal? \_\_\_\_\_ Desde quando? \_\_\_\_\_  
 Fez USG? \_\_\_\_\_ Em que mês? \_\_\_\_\_  
 Outros exames? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Fumou ou bebeu? \_\_\_\_\_ Qual a frequência? \_\_\_\_\_  
 Tentativa de aborto? \_\_\_\_\_ Abortos anteriores? \_\_\_\_\_  
 Rx? Quedas? Tonturas? Hemorragias? \_\_\_\_\_  
 Enfermidade? \_\_\_\_\_  
 Usou medicamentos? Qual? Quando? \_\_\_\_\_  
 Estado emocional \_\_\_\_\_

---

3.2 Parto

Hospitalar? \_\_\_\_\_ Normal? \_\_\_\_\_ Cesáreo \_\_\_\_\_

A termo? Quantas semanas de gestação? \_\_\_\_\_

Chorou ao nascer? \_\_\_\_\_

Intercomências \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_

3.3 Necessitou UTI Neonatal: \_\_\_\_\_ Por quanto tempo: \_\_\_\_\_

Utilizou sonda para alimentação? Qual? Tempo? \_\_\_\_\_

Necessitou respiração artificial? Que tipo? Tempo? \_\_\_\_\_

4. ALIMENTAÇÃO

4.1 Aleitamento materno? Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Usou mamadeira? Até quando? Qual o tipo de bico? Aumentou o turo?  
Como foi aumentado? \_\_\_\_\_

Sucção forte? \_\_\_\_\_

4.3 Quando introduziu o sal? Houve boa aceitação? \_\_\_\_\_

Como foi a aceitação à mudança de líquidos, pastosos e sólidos? \_\_\_\_\_

4.4 Como é a alimentação atual? \_\_\_\_\_

Usa copo? Canudo? \_\_\_\_\_

4.5 Vai ao dentista com frequência? \_\_\_\_\_

Qual é o estado dos dentes? \_\_\_\_\_

5. HÁBITOS

5.1 Usou ou usa chupeta? Qual tipo? Qual a frequência? \_\_\_\_\_

Suga dedo? Qual dedo, como e quando? \_\_\_\_\_

5.2 Rói unhas? Em que situação? \_\_\_\_\_

5.3 Range os dentes? Ronca? Baba? \_\_\_\_\_

6. DESENVOLVIMENTO MOTOR

6.1 Quando: Segurou a cabeça? \_\_\_\_\_ Sentou? \_\_\_\_\_

Engatinhou? \_\_\_\_\_ Andou? \_\_\_\_\_

Caiu ou caiu com frequência? \_\_\_\_\_

Desenvolve habilidades motoras? \_\_\_\_\_

---

6.2 Controla esfíncteres diurno e noturno? \_\_\_\_\_

## 7. DESENVOLVIMENTO DE FALA E LINGUAGEM

7.1 Com que idade?

Balbucou? \_\_\_\_\_ Sons variados? \_\_\_\_\_

Falou as primeiras palavras? \_\_\_\_\_

Primeiras frases? \_\_\_\_\_

Consegue relatar fatos? Transmitir recados? \_\_\_\_\_

7.2 Como a criança se comunica? \_\_\_\_\_

Compreende o que lhe dizem? \_\_\_\_\_

Sua fala é entendida por todos? Se não, por que? \_\_\_\_\_

Como a criança reage se não é entendida? \_\_\_\_\_

## 8. RESPIRAÇÃO

( ) nasal ( ) bucal ( ) mista

8.1 Tem algum problema respiratório (asma, alergia, bronquite, sinusite, resfriados frequentes, desvio de septo, amigdalites, adenoide, dores de garganta, pneumonia recorrente)? \_\_\_\_\_

8.2 Fez ou faz tratamento? De que tipo? Com ou sem medicação? Quais os resultados? \_\_\_\_\_

## 9. HISTÓRICO CLÍNICO

9.1 Doença que teve ou tem? \_\_\_\_\_

Tem problemas de visão? Quais? \_\_\_\_\_

Tem problemas de audição? Quais? \_\_\_\_\_

Já teve convulsão ou desmaio? \_\_\_\_\_

Já fez alguma cirurgia? Qual? Quando? \_\_\_\_\_

9.2 Está fazendo algum tratamento? \_\_\_\_\_

Toma medicamento? Qual? Para que? \_\_\_\_\_

Exames já realizados (datas e resultados): \_\_\_\_\_

## 10. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

10.1 Com quem e onde a criança passa o dia? \_\_\_\_\_

10.2 Como se relaciona com os familiares? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como se relaciona com pessoas estranhas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Brinca com outras crianças? \_\_\_\_\_

10.3 O que gosta de fazer? \_\_\_\_\_

Tem preferência por brinquedos? Quais? \_\_\_\_\_

#### 11. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

11.1 É independente para realizar atividades (tomar banho, comer, vestir, escrever)? \_\_\_\_\_

11.2 Pratica esportes? Quais? Com que frequência? Desde quando? \_\_\_\_\_

#### 12. DESENVOLVIMENTO ESCOLAR

12.1 Com que idade ingressou na escola? \_\_\_\_\_

Como foi a adaptação? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problemas na socialização? \_\_\_\_\_

12.2 Escola: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Série (ano): \_\_\_\_\_ Nome da professora: \_\_\_\_\_

12.3 Como é seu desempenho geral? \_\_\_\_\_

CONDUTA:

Informante: \_\_\_\_\_

Estagiário(s): \_\_\_\_\_

Supervisor(a): \_\_\_\_\_

Anexo B



**PUC  
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA  
CLÍNICA ESCOLA DE FONOAUDIOLOGIA



### AVALIAÇÃO DE MOTRICIDADE OROFACIAL

D.E.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

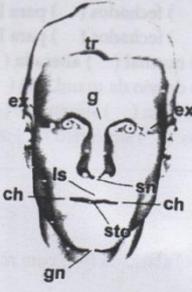
Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ D/N: \_\_\_\_\_  
 Odontólogo: \_\_\_\_\_

**SIMETRIA**

Cabeça: \_\_\_\_\_  
 Ombros: \_\_\_\_\_  
 Orelhas: \_\_\_\_\_  
 Olhos: \_\_\_\_\_  
 Nariz: \_\_\_\_\_  
 Bochechas: \_\_\_\_\_  
 Lábios: \_\_\_\_\_  
 Comissuras: \_\_\_\_\_

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

Medida terço superior (tr-g): \_\_\_\_\_ mm  
 Medida terço médio (g- sn): \_\_\_\_\_ mm  
 Medida terço inferior (sn-gn): \_\_\_\_\_ mm  
 Medida LS (sn-sto): \_\_\_\_\_ mm  
 Medida LI (sto-gn): \_\_\_\_\_ mm  
 Medida filtro (sn-ls): \_\_\_\_\_ mm  
 Medida (ex-ch) LD: \_\_\_\_\_ mm  
 Medida (ex-ch) LE: \_\_\_\_\_ mm  
 Medida abertura de Boca: \_\_\_\_\_ mm  
 Medida abertura c/ língua incisivos \_\_\_\_\_ mm  
 Medida abertura c/ língua sugada \_\_\_\_\_ mm  
 Medida Sorriso Aberto: \_\_\_\_\_ mm.  
 Medida Sorriso Fechado: \_\_\_\_\_ mm.



**ESTRUTURAS DURAS**

**DENTIÇÃO**

Tipo de dentição: ( ) decídua ( ) mista ( ) permanente ( ) prótese  
 Quantidade de dentes: arcada superior \_\_\_\_\_ arcada inferior \_\_\_\_\_  
 Classificação da Oclusão (Angle): ( ) Classe I ( ) Classe II divisão 1  
 ( ) Classe II divisão 2 ( ) Classe III

Subdivisão: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

**Classificação da Mordida:**

( ) mordida normal ( ) mordida de topo ( ) mordida profunda  
 ( ) mordida aberta anterior ( ) mordida aberta unil D ( ) mordida aberta unil E  
 ( ) mordida aberta D/E ( ) mordida aberta total  
 ( ) mordida cruzada unilateral D ( ) mordida cruzada unilateral E ( ) mordida cruzada D/E  
 ( ) mordida cruzada anterior ( ) mordida cruzada total  
 ( ) sobressaliência ( ) mordida aberta posterior

Apinhamentos ( ) dentes: \_\_\_\_\_  
 Ausências ( ) dentes: \_\_\_\_\_  
 Cruzado ( ) dentes: \_\_\_\_\_  
 Outras alterações dentárias: \_\_\_\_\_

Estado dos dentes: adequados ( ) presenças de cáries ( ) dentes: \_\_\_\_\_

**Legenda:**

(marcar em vermelho dentição decídua e em azul a dentição permanente)

Marcar com X os dentes ausentes



**PALATO DURO:**

( ) Normal ( ) Alto ( ) Atrésico ( ) Ogival ( ) Profundo: ( ) permite acoplamento ( ) não permite acoplamento

**ESTRUTURAS MOLES**

**LÁBIOS**

**Morfologia:**

Lábio superior: ( ) adequado ( ) volumoso ( ) com eversão ( ) encurtado ( ) insuficiente  
 sobre os incisivos em: ( ) 1/3 ( ) 2/3 ( ) mais de 2/3

Lábio inferior: ( ) adequado ( ) fino ( ) volumoso ( ) com eversão  
 ( ) encurtado ( ) insuficiente ( ) presença de saliva

Coloração/aspecto: ( ) rosados ( ) esbranquiçados ( ) queratinizados ( ) ressecados ( ) feridos

**Postura de repouso:** ( ) abertos ( ) entreabertos ( ) fechados c/ tensão ( ) fechados s/ tensão ( ) inc/lábios  
 ( ) simétricos ( ) assimétricos  
 ( ) rebaixado do lado D ( ) rebaixado do lado E

**Frênulo LS:** fixação: ( ) normal ( ) baixa  
 espessura: ( ) normal ( ) alterada

**Frênulo LI:** fixação: ( ) normal ( ) baixa  
 espessura: ( ) normal ( ) alterada

**Tensão muscular: superior:** ( ) normal ( ) flácido ( ) rígido  
**inferior:** ( ) normal ( ) flácido ( ) rígido

**Praxias:** ( ) pressionar ( ) estalo ( ) beijo ( ) vibrar  
 Protruir: ( ) abertos ( ) fechados ( ) para D ( ) para E  
 Retrair: ( ) abertos ( ) fechados ( ) para D ( ) para E

**Performance das Praxias:** ( ) normal ( ) alterada ( ) imprecisa ( ) com tremor ( ) velocidade lenta  
 ( ) desvio da mand. LD ( ) desvio da mand. LE ( ) movimentos associados

**Simetria de Movimentos:** comissuras: ( ) simétricas ( ) assimétricas ( ) D mais baixo ( ) E mais baixo  
 sorriso: ( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) D mais baixo ( ) E mais baixo

Observações: \_\_\_\_\_

**LÍNGUA**

**Morfologia:**

( ) Geográfica ( ) sulcada ( ) alargada ( ) com marcas ( ) desviada ( ) hipofuncionante  
 ( ) Adequada

**Tensão Muscular:** ( ) adequada ( ) flácida ( ) rígida

**Frênulo:** Extensão: ( ) normal ( ) curto

**Fixação na língua:** ( ) parte média ( ) anterior à parte média ( ) no ápice

**Fixação no assoalho:** ( ) entre as carúnculas ( ) entre a crista alveolar e as carúnculas ( ) crista alveolar

**AO elevar a língua: (dentro da boca, sem tocar o arco superior):**

( ) normal ( ) ápice quadrado/retangular ( ) forma coração

**Outras características:** ( ) ausente ( ) visível fixação na crista alveolar (tenda) ( ) submerso ( ) fibroso

**Posição habitual:** \_\_\_\_\_

( ) Fora-dentro ( ) vibrar ( ) afilar-alargar ( ) varrer ( ) sugar ( ) estalar

( ) Em cima-embaixo: ( ) dentro ( ) fora

( ) Direita-esquerda: ( ) dentro ( ) fora

**Performance das Praxias:** ( ) normal ( ) alterada ( ) imprecisa ( ) com tremor ( ) velocidade lenta

Observações: \_\_\_\_\_

Relação tamanho da língua x cavidade oral: \_\_\_\_\_  
 Altura do palato permite acoplamento? sim ( ) não ( )

**TONSILAS PALATINAS (AMÍGDALAS)**

Presença: ( ) presentes ( ) removidas ( ) não observáveis  
 Tamanho: ( ) normais ( ) hipertrofia D ( ) hipertrofia E  
 Coloração: ( ) normal ( ) hiperemia D ( ) hiperemia E

**PALATO MOLE**

Simetria: ( ) Normal ( ) curto ( ) longo

**Mobilidade:**

Úvula: ( ) normal ( ) bifida ( ) desviada D ( ) desviada E ( ) longa ( ) longa  
 Escala de Mallampati: ( ) Classe I ( ) Classe II ( ) Classe III ( ) Classe IV

**BOCHECHAS**

**Morfologia:**

( ) Normais ( ) rígidas ( ) flácidas ( ) lisas ( ) volumosas ( ) caídas

Mucosa: ( ) normal ( ) marcas dentárias D ( ) marcas dentárias E

Praxias: ( ) Inflar ( ) Inflar D ( ) Inflar E ( ) Inflar alternando D/E

Performance das Praxias: ( ) normal ( ) rebaixada

**ATM**

( ) Normais ( ) desvio D ( ) desvio E ( ) estalido ( ) ruído ( ) dor

**Observações:** \_\_\_\_\_

**FUNÇÕES ORAIS**

**RESPIRAÇÃO**

- Tipo: ( ) médio/inferior (1) médio/superior (1) outro (descrever): \_\_\_\_\_

- Modo: ( ) nasal ( ) oronasal ( ) oral

- Fluxo nasal: ( ) simétrico ( ) reduzido à direita ( ) reduzido à esquerda

- Possibilidade de uso nasal: ( ) 2 minutos ou mais ( ) entre 1 e 2 minutos ( ) menos que 1 minuto

**Observações:** \_\_\_\_\_

**MASTIGAÇÃO:**

**Alimento empregado:** \_\_\_\_\_

( ) adequada ( ) alterada

- Incisão: ( ) anterior ( ) lateral ( ) outra

- Trituração: ( ) dentes posteriores ( ) dentes anteriores ( ) com a língua  
 ( ) eficiente ( ) ineficiente

- Padrão mastigatório: ( ) bilateral alternado ( ) bilateral simultâneo

( ) unilateral preferencial: \_\_\_\_ ( ) unilateral exclusivo: \_\_\_\_

- Fechamento labial: ( ) sistemático ( ) assistemático ( ) ausente

- Velocidade: ( ) adequada ( ) aumentada ( ) diminuída

- Ruídos: ( ) ausente ( ) presente

- Contrações musculares atípicas: ( ) ausente ( ) presentes (descrever): \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**DEGLUTIÇÃO**

	Sólidos	Líquidos
Normal	( )	( )
Língua entre as arcadas	( )	( )
	Ant. ( ) Lat. D ( ) E ( ) Leque ( )	Ant. ( ) Lat. D ( ) E ( ) Leque ( )
Língua contra as arcadas	( )	( )
Língua com ponta baixa	( )	( )
Mímica perioral	( )	( )
Com arcada superior sob o LI	( )	( )
Inclinação de cabeça	( )	( )
Com tensão mental	( )	( )
Presença de restos alimentares	( )	( )

**FALA**

Ceceo anterior: [ s ] ( )      [ z ] ( )      { S } ( )  
 Ceceo lateral: [ s ] ( )      [ z ] ( )      { S } ( )  
 Escape anterior: [ δ ] ( )      [ ʒ ] ( )  
 Escape lateral: [ δ ] ( )      [ ʒ ] ( )  
 Protrusão anterior de língua: [ t ] ( )      [ d ] ( )      [ l ] ( )      [ n ] ( )  
 Protrusão lateral de língua: [ t ] ( )      [ d ] ( )      [ l ] ( )      [ n ] ( )  
 Escape anterior nas africadas: [ dʒ ] ( )      [ tδ ] ( )  
 Escape lateral nas africadas: [ dʒ ] ( )      [ tδ ] ( )  
 Desvio de mandíbula D nos fonemas: \_\_\_\_\_  
 Desvio de mandíbula E nos fonemas: \_\_\_\_\_  
 Protrusão de mandíbula nos fonemas: \_\_\_\_\_  
 Pronúncia com ponta de língua baixa nos fonemas: \_\_\_\_\_  
 Articulação travada ( ) \_\_\_\_\_  
 Nasalização ( ) \_\_\_\_\_  
 Salivação excessiva ( ) \_\_\_\_\_  
 Outras alterações: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

QUADRO FONÊMICO			
p	t	k	
b	d	g	
m	n	ŋ	
f	s	δ	
v	z	ʒ	c/r/l
	l	λ	c/l/v
	r	R	{R}
	w	y	{S}

**CONCLUSÃO:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SUPERVISORA:** \_\_\_\_\_  
**ESTAGIÁRIO(A) RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_