

RESPOSTAS
PARA
PERGUNTAS
FREQUENTES
NA ÁREA DE
MOTRICIDADE
OROFACIAL

A Motricidade Orofacial é a área da Fonoaudiologia que estuda a musculatura dos lábios, língua, bochechas e face e as funções a elas relacionadas, como a respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala. Atua na prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento de pessoas com comprometimento destas funções e também pode atuar no aprimoramento da estética facial. Nesta área, o fonoaudiólogo pode atuar em parceria com outros profissionais como dentistas, médicos de diversas especialidades, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos. As dúvidas são bastante comuns quando falamos em Motricidade Orofacial. Por isso, seguem as respostas para algumas delas.

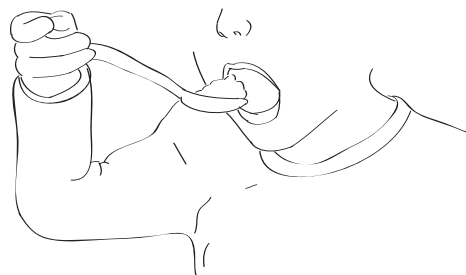
NAS PRÓXIMAS PÁGINAS, AS PRINCIPAIS DÚVIDAS QUE AS PESSOAS TÊM

SOBRE **MOTRICIDADE OROFACIAL** >

O QUE É MOTRICIDADE OROFACIAL? Motricidade Orofacial é uma das áreas da Fonoaudiologia voltada para o estudo/pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento de alterações estruturais e funcionais da região da boca (oro) e da face (facial) bem como da região do pescoço.

QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À MOTRICIDADE OROFACIAL?

Como principais problemas relacionados à motricidade orofacial podemos citar as alterações na respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala, assim como na posição dos lábios, da língua e das bochechas.



QUAL A RELAÇÃO ENTRE A ALIMENTAÇÃO E A FALA?

Durante a alimentação, a criança exercita a musculatura orofacial e estimula o crescimento da face. Desta forma, a sucção e a mastigação adequadas evitam alterações dentárias e dificuldades na movimentação de estruturas como lábios e língua, fundamentais para a produção dos sons da fala.



QUAIS AS VANTAGENS DO ALEITAMENTO NO SEIO MATERNO?

Além de todas as vantagens nutricionais e imunológicas, a prática do aleitamento em seio materno estimula o funcionamento adequado das estruturas da boca e da face. Mamar no peito fortalece a musculatura orofacial do bebê, diminuindo riscos de problemas futuros em funções importantes, tais como a respiração, mastigação, deglutição e fala.

POR QUE ALGUNS BEBÊS TÊM DIFICULDADE EM SUGAR?

As dificuldades de sugar podem ocorrer devido a: ausência do reflexo de sucção; diminuição da força de sucção; incoordenação entre as ações de sugar, deglutir e respirar; posicionamento inadequado da mãe e/ou bebê; ausência de selamento (fechamento) dos lábios ao redor do bico do seio materno; e inadequada movimentação de língua e mandíbula durante a amamentação.

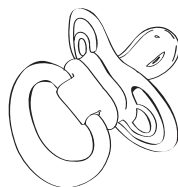


O QUE FAZER QUANDO A ALIMENTAÇÃO NO SEIO MATERNO NÃO É POSSÍVEL?

Na impossibilidade de o bebê mamar diretamente no seio materno, o próprio leite materno ordenhado ou outro tipo de leite, recomendado pelo pediatra, pode ser oferecido por meio de colher ou copinho. O fonoaudiólogo, após avaliação de cada caso, poderá indicar a forma mais adequada de amamentar o bebê.

COMO ALIMENTAR UM BEBÊ COM FISSURA LABIOPALATINA?

Para amamentação de bebês com fissura de lábio, as orientações são as mesmas dadas para os bebês sem fissura. Grande parte dos bebês com fissura labial consegue ter aleitamento exclusivo no seio materno. Entretanto, nas fissuras de palato, muitas crianças não conseguem ter o suprimento de leite adequado mamando apenas no seio materno. Nestes casos, o leite materno pode ser ofertado por meio de mamadeiras.



POR QUE A SUCÇÃO DE DEDO E O USO DE CHUPETA PODEM PREJUDICAR MEU FILHO?

Estes hábitos orais, dependendo das características faciais da criança e do tempo, duração e intensidade de ocorrência, poderão causar alterações no crescimento da face, problemas na posição dos dentes com mordida aberta anterior, problemas na musculatura orofacial, prejuízo nas funções



de respiração, mastigação e deglutição e distorções na fala, como o ceceio anterior (colocação da língua entre os dentes). A chupeta acalma o bebê, sobretudo porque satisfaz a necessidade de sugar. Porém, com a amamentação no seio materno, essa necessidade de sucção é suprida com o tempo.

COMO RETIRAR OS HÁBITOS DE SUCÇÃO DE DEDÃO E USO DA CHUPETA?

Inicialmente, devemos compreender como estes hábitos surgiram e porque ainda estão ocorrendo. A criança deve ser compreendida e não ridicularizada. O trabalho de conscientização é fundamental para obter a colaboração da criança. O fonoaudiólogo poderá indicar, dependendo do caso, exercícios para adequação da musculatura orofacial (principalmente lábios e língua), e para o equilíbrio das funções do sistema estomatognático (respiração, mastigação e deglutição).

POR QUE ALGUMAS CRIANÇAS PEQUENAS SÓ GOSTAM DE COMER ALIMENTOS BEM MACIOS?

A preferência por alimentos macios pode estar relacionada à redução da força dos músculos da mastigação. Algumas crianças preferem alimentos com esse tipo de consistência porque assim não necessitam fazer um grande trabalho mastigatório. Devemos estimular a alimentação com diferentes consistências desde cedo, como forma de fortalecer a musculatura orofacial e proporcionar o desenvolvimento harmonioso da face.

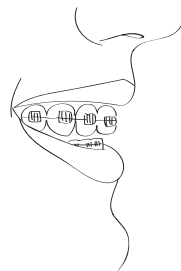
O QUE É CECEIO? O ceceo anterior corresponde a uma distorção da fala caracterizada pela colocação da língua entre os dentes da frente durante a produção dos sons de /s/e/z/..

MASTIGAR DE UM LADO SÓ PODE SER PREJUDICIAL?

Sim. Ao mastigar somente de um lado, também trabalhamos os músculos de apenas um lado do rosto. Isso faz com que haja uma assimetria facial com o passar do tempo. Além disso, a mordida pode ficar alterada e a articulação temporomandibular (articulação que une a mandíbula ao crânio e permite que a boca se abra e feche) do lado oposto ao da mastigação pode sofrer uma sobrecarga.

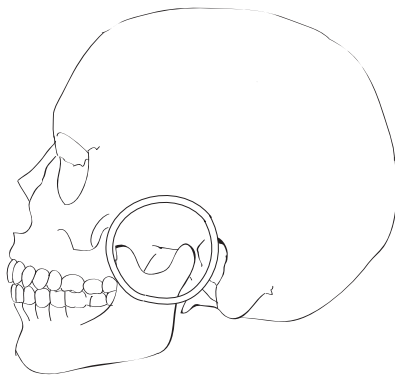
O QUE PODE CAUSAR A MORDIDA ABERTA?

A mordida aberta corresponde a um problema de oclusão de causa multifatorial. Podem ser citadas como causas a presença de hábitos nocivos (como sucção de dedo ou chupeta) e os distúrbios funcionais (como respiração oral e pressão inadequada da língua em posição habitual, durante a deglutição e/ou fala).



O TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DEVE OCORRER ANTES OU DEPOIS DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO?

O trabalho ortodôntico e fonoaudiológico estão intimamente relacionados, ou seja, um interfere e depende diretamente do outro. Cada caso deve ser analisado e discutido pelos profissionais envolvidos. O fonoaudiólogo, por meio da terapia miofuncional orofacial, promove a adequação da musculatura e das funções orofaciais, favorecendo a estabilidade dos casos tratados por ortodontistas e evitando que as alterações dentárias voltem a ocorrer após a retirada do aparelho.



O QUE É DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR?

O termo disfunção tempoeomandibular (DTM) é utilizado para definir alguns problemas que podem acometer a articulação temporomandibular (ATM), bem como músculos e estruturas envolvidas na mastigação.

O QUE CAUSA A DTM? A DTM pode estar relacionada a diversos fatores como alterações dentárias (perdas ou desgastes dos dentes, dentaduras mal adaptadas), mastigação unilateral, lesões causadas por traumas ou degeneração da ATM, tensões musculares causadas por fatores psicológicos (stress e ansiedade) e hábitos inadequados (roer unhas, morder objetos e alimentos muito duros, apoiar a mão no queixo, ranger ou apertar os dentes durante o sono).

QUAIS OS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

DA DTM? Dor próxima à articulação temporomandibular (podendo irradiar para a cabeça e pescoço), dor de ouvido, zumbidos, sensação de ouvido tampado, sons ao abrir ou fechar a boca (estalos ou outros ruídos na ATM), dificuldades ou dor para abrir a boca, dor quando apalpa a região da ATM e os músculos que participam da mastigação.

COMO É A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

A PACIENTES COM DTM? A maior parte dos casos de DTM deve ser tratada por uma equipe composta por diversos profissionais: fonoaudiólogo, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, otorrinolaringologista e neurologista. O fonoaudiólogo, após realizar uma avaliação minuciosa, utiliza técnicas para reequilibrar a musculatura da boca, face e pescoço e restabelecer as funções de respiração, mastigação, deglutição e fala. Com isso, haverá a atenuação e/ou eliminação dos sinais e sintomas da DTM. O paciente é conscientizado a respeito de seus hábitos orais nocivos e orientado a contribuir com a evolução de seu quadro clínico.

O QUE CAUSA A PARALISIA FACIAL? Há dois tipos de paralisia facial: a periférica, que atinge o nervo facial (lesão fora do cérebro) e pode ser causada por traumas, tumores, infecções ou fatores desconhecidos; e a central (lesão no cérebro), causada por acidente vascular cerebral (derrame), traumatismos cranianos e tumores cerebrais.

COMO PODEMOS DIFERENCIAR OS DOIS TIPOS DE PARALISIA FACIAL? Na paralisia facial periférica, apenas um lado da face ou toda a face é afetada. Na paralisia facial central, só a região inferior da face (região da boca e do nariz) fica paralisada. Na presença de uma paralisia facial, é importante procurar o médico para que sejam realizados o diagnóstico e o tratamento adequados.

COMO O FONAUDIÓLOGO ATUA NA PARALISIA FACIAL? O fonoaudiólogo atua nos dois tipos de paralisia facial. O trabalho é feito em equipe, com médicos otorrinolaringologistas e neurocirurgiões. O principal objetivo do fonoaudiólogo é reabilitar as funções de fala, mastigação, deglutição, sucção e expressão facial (essencial para a comunicação humana). Os músculos da face são manipulados para que consigam “reaprender” as funções desempenhadas por eles antes da lesão. O trabalho fonoaudiológico deve ser iniciado o mais precocemente possível, com o objetivo de evitar a atrofia muscular.



QUAL É A RELAÇÃO ENTRE A FONOAUDIOLOGIA E A ESTÉTICA FACIAL?

As rugas e os vincos causados pelas expressões faciais estão diretamente ligados ao funcionamento da musculatura da face, assunto amplamente estudado pelo fonoaudiólogo que atua em Motricidade Orofacial.

COMO SURGEM AS RUGAS? As rugas podem ser o resultado de posturas e repetidos movimentos inadequados no momento da mastigação, deglutição, respiração e fala. Além disso, as rugas podem sofrer influência da tensão exagerada dos músculos faciais.

COMO O FONOAUDIÓLOGO ATUA NA ESTÉTICA FACIAL?

O fonoaudiólogo atua adequando as funções de mastigação, deglutição, respiração e fala. A partir da adequação destas funções e do trabalho de manipulação dos músculos faciais pode-se obter melhora significativa na estética da face com rejuvenescimento facial e suavização das rugas de expressão.

zZZz...

zZZz...

zZZz...

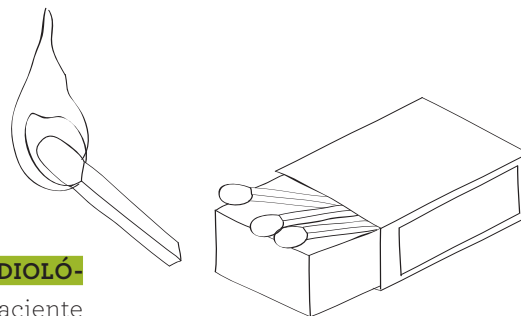
O QUE É O RONCO? O ronco é definido como o ruído/barulho produzido pela respiração e vibração de músculos da boca e da garganta durante o sono.

O RONCO CONTRIBUI PARA O SURGIMENTO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO?

Sim. Devido à vibração constante, os músculos da boca e da garganta tornam-se mais. Podem ter mudanças de tamanho, largura e espessura, o que contribui para o surgimento da obstrução total ou parcial da respiração durante o sono.

O QUE É SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO?

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono é definida como uma obstrução da passagem de ar durante o sono, com duração que pode variar entre 3 e 15 segundos.



COMO É O TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO NOS CASOS DE RONCO?

O paciente que ronca e apresenta Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar. Nessa equipe, o fonoaudiólogo é o profissional responsável pela orientação e realização de exercícios específicos para fortalecer a musculatura da boca e garganta. A terapia fonoaudiológica tem duração média de três meses, mas os exercícios propostos deverão ser realizados pelo resto da vida.

QUAIS AS POSSÍVEIS DIFICULDADES APRESENTADAS POR PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS NO ROSTO E NO PESCOÇO?

As queimaduras que atingem a região do rosto e do pescoço podem dificultar a respirar, abrir e fechar a boca, mastigar e engolir. Podem ocorrer, ainda, queixas referentes à produção da voz e da fala. A estética da face também é prejudicada.

COMO É O TRATAMENTO FONOAUDIO- LÓGICO AOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEIMADURA NO ROSTO E NO PESCOÇO?

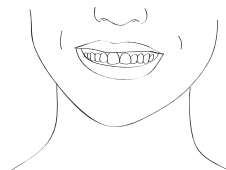
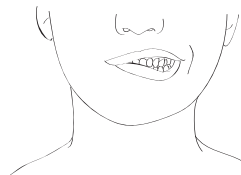
O paciente queimado deve ser atendido por uma equipe multidisciplinar especializada. Dentro dessa equipe, a Fonoaudiologia atende pacientes com queimaduras de terceiro grau. No período inicial, a terapia fonoaudiológica tem como objetivo prevenir sequelas cicatriciais. No período tardio, busca-se melhorar as funções de respiração, mastigação, fala, voz e deglutição, bem como diminuir a retratação dos tecidos atingidos pela queimadura (para promover o equilíbrio da musculatura do rosto e pescoço e melhorar a estética da face).

APÓS A QUEIMADURA NO ROSTO, EM QUE MOMENTO A PESSOA DEVE PROCURAR POR ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGI- CO?

Após serem tomadas as primeiras medidas por parte da equipe médica e houvera constatação de estabilidade clínica, o paciente já poderá ser avaliado pelo fonoaudiólogo com o intuito de prevenir o surgimento de sequelas.

O QUE É UM TRAUMA DE FACE? QUAIS SÃO SUAS PRINCIPAIS CAUSAS?

Os traumas e fraturas causados no rosto são chamados traumas de face. Acidentes de trânsito, quedas, agressões físicas, acidentes com arma de fogo, entre outros, podem causar traumas e fraturas em diversas partes do corpo, inclusive no rosto.



QUAIS AS POSSÍVEIS DIFICULDADES APRESENTADAS POR PESSOAS QUE SOFRERAM TRAUMA DE FACE?

As funções mais prejudicadas são a mastigação e a fala, pois os traumas de face causam principalmente lesão dos músculos do rosto, dentes e ossos da maxila e mandíbula. Com isso, ocorre uma alteração da articulação da fala e alteração na abertura e fechamento da boca durante a fala e a mastigação. A estética da face também pode estar prejudicada.

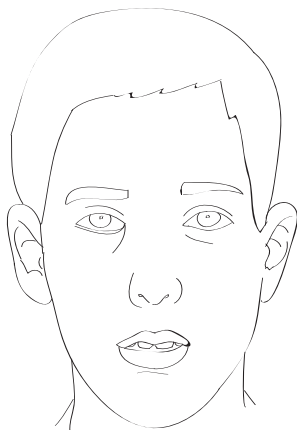
COMO É O TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO AOS PACIENTES QUE SOFRERAM UM TRAUMA DE FACE?

O tratamento ao paciente que sofreu um trauma de face é multidisciplinar e especializado. O objetivo da terapia fonoaudiológica é promover o equilíbrio da musculatura do rosto, auxiliar no alívio da dor e na diminuição do inchaço, melhorar a mastigação, a fala, o aspecto da cicatriz e a estética da face.

RESPIRAÇÃO ORAL >

O QUE É A RESPIRAÇÃO ORAL? A respiração oral refere-se à respiração realizada predominantemente pela boca. Neste modo de respirar, o indivíduo não usa ou usa muito pouco o nariz para inspirar e expirar o ar.

A RESPIRAÇÃO ORAL PODE CAUSAR PREJUÍZOS? QUAIS? Sim, em diversos aspectos: nas estruturas e funções da boca e da face, no sono, na alimentação, na aprendizagem, na audição e na voz.



COMO POSSO IDENTIFICAR SE A PESSOA RESPIRA PELA BOCA?

O indivíduo pode apresentar uma ou mais características a seguir: nariz sempre obstruído; boca aberta; lábios ressecados; língua volumosa, rebaixada e projetada para frente; olheiras; bochechas caídas; respiração ruidosa; ronco.

EXISTE DIFERENÇA ENTRE RESPIRAR PELO NARIZ OU PELA BOCA?

Sim. Quando respiramos pelo nariz filtramos (limpamos), aquecemos (esquentamos) e umidificamos (molhamos) o ar, e assim ele chega aos pulmões sem as impurezas que estão no ar. Quando respiramos pela boca o ar não passa por esse processos e chega aos pulmões cheio de impurezas.

O QUE PODE CAUSAR A RESPIRAÇÃO ORAL?

As causas mais frequentes da respiração oral são: rinite alérgica, sinusite, bronquite; aumento da adenoide; aumento da amígdala; fraqueza dos músculos da face que levam a boca a se abrir; hábito; tumores na região do nariz; fraturas no nariz.

QUAIS OS PRINCIPAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA RESPIRAÇÃO ORAL NAS ESTRUTURAS DA BOCA E DA FACE?

A manutenção da boca aberta pode causar: lábios secos e rachados com alteração de cor; respiração curta e rápida; músculos dos lábios, bochechas, mandíbula e língua com pouca força e movimentação reduzida; a posição da língua dentro da boca passa a ser mais anteriorizada e rebaixada; mudanças na estética e na posição dos dentes (encaixe inadequado dos dentes); face alongada; palato (“céu da boca”) estreito e/ou profundo.

QUAIS OS PRINCIPAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA RESPIRAÇÃO ORAL NAS FUNÇÕES DA BOCA E DA FACE?

A mastigação dos alimentos passa a ser feita com os lábios abertos, torna-se mais rápida, ruidosa e desordenada. A mastigação ineficiente leva a problemas digestivos e engasgos pela incoordenação da respiração com a mastigação. É difícil respirar pela boca quando

essa está cheia, o indivíduo precisará escolher se mastigará ou respirará. Para engolir os alimentos também poderão ser notadas alterações tais como: projeção anterior da língua, presença de ruído, com ruído; projeção anterior de língua; presença de ruído; contração dos músculos que ficam em volta da boca; movimentos associados da cabeça. Durante a fala é comum observar: fala imprecisa (embolada); articulação trancada (fala sem movimentar a boca); muita saliva; ceceo anterior, que é uma distorção da fala caracterizada pela colocação da língua entre os dentes da frente durante a produção dos sons de /s/ e /z/



QUAIS OS PRINCIPAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA RESPIRAÇÃO ORAL NO SONO?

Ao dormir com a boca aberta o indivíduo pode apresentar algumas destas características: sono agitado; ronco; baba no travesseiro; sede ao acordar; sonolência pela manhã; apneia do sono (para de respirar durante o sono); diminuição de oxigenação

QUAIS OS PRINCIPAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA RESPIRAÇÃO ORAL NA ALIMENTAÇÃO E NO PESO CORPORAL?

Geralmente quem respira pela boca pode apresentar falta de apetite, menor força para mastigar e dificuldades para engolir. Em virtude disto, prefere alimentos mais moles e utiliza o líquido junto com os alimentos para auxiliar. A alimentação do respirador oral também pode ser prejudicada por causa da diminuição do olfato (cheiro) e do paladar (gosto). Em consequência das alterações de mastigação, olfato e paladar o indivíduo pode ter redução do apetite, alterações gástricas, sede constante, engasgos, palidez, inapetência, e perda de peso com menor desenvolvimento físico ou obesidade.

QUAIS OS PRINCIPAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA RESPIRAÇÃO ORAL NA APRENDIZAGEM?

As alterações do sono que já foram explicadas anteriormente podem gerar no indivíduo agitação, ansiedade, impaciência, impulsividade e desânimo. Todas estas alterações podem causar dificuldades de atenção, concentração, problemas de memória que geram dificuldades escolares. Geralmente é na fase da alfabetização que a respiração oral pode ser mais prejudicial à aprendizagem.

QUAIS OS PRINCIPAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA RESPIRAÇÃO ORAL NA AUDIÇÃO E NA VOZ?

É comum em crianças respiradoras orais a história de gripes, infecções no nariz, garganta e otites constantes, esta associação pode levar à perda auditiva. É importante ficar atento se a criança: escuta bem; têm dificuldade de ouvir em presença de barulho; demora para responder perguntas ou cumprir ordens; é considerada desatenta

As alterações mais comuns na voz são a rouquidão. Isto acontece por causa da boca constantemente aberta que leva a um ressecamento de todas as estruturas que produzem a voz e também porque os músculos ficam por muito tempo contraídos. É possível também encontrar pessoas com um tipo de voz característica de quem está sempre gripado e com o nariz congestionado.

QUAIS OS PRINCIPAIS PREJUÍZOS CAUSADOS PELA RESPIRAÇÃO ORAL NA POSTURA CORPORAL?

Uma das principais alterações posturais é a mudança da posição de cabeça. A cabeça vai para frente buscando um espaço maior para poder respirar melhor. Podemos encontrar também outras alterações no corpo causadas pela respiração oral, como: os músculos do abdômen ficam fracos e distendidos; olheiras com assimetria de posicionamento dos olhos; olhar cansado; os ombros geralmente rodam para a frente e comprimem o abdômen.



QUAL ESPECIALIDADE DA FONOAUDIOLOGIA O RESPIRADOR ORAL DEVERÁ PROCURAR?

O indivíduo que respira pela boca pode procurar o fonoaudiólogo especialista em Motricidade Orofacial para tratamento da respiração oral, entretanto qualquer fonoaudiólogo generalista está capacitado para atender esses casos. O tratamento fonoaudiológico só será iniciado após avaliação da causa.



FRÊNULO DE LÍNGUA >

O QUE É LÍNGUA PRESA? Língua presa é um termo usado pela população para caracterizar uma alteração comum muitas vezes ignorada. Ela ocorre na gestação quando uma pequena porção de tecido que deveria desaparecer durante o desenvolvimento do bebê, permanece na parte de baixo da língua, impedindo seus movimentos. Quando um bebê nasce com língua presa, é fundamental pesquisar-la em outros membros da família, uma vez que essa alteração tem uma influência genética.

QUEM PODE DETECTAR A PRESENÇA DA LÍNGUA PRESA?

O profissional mais indicado para detectar a língua presa é o fonoaudiólogo, uma vez que ele sabe avaliar o frênulo lingual e também o modo como o bebê suga.

A LÍNGUA PRESA PODE SERVIR PARA QUE O BEBÊ NASÇA?

Sim. Mas existem graus variados de língua presa, por isso a importância de haver um teste que avalie a língua e o “fiozinho” embaixo da língua (frênulo lingual), bem como o modo que o bebê mama, para fazer um diagnóstico preciso, e indicar ou não a necessidade de fazer o “pique” na língua.

COMO E QUANDO SE TRATA A LÍNGUA PRESA?

Quando a língua não consegue realizar todos os movimentos necessários, podendo comprometer a maneira de sugar, engolir, mastigar ou falar, o “pique” (frenotomia) na língua é indicado. O “pique” na língua é um procedimento simples feito com tesoura e gel anestésico, que dura aproximadamente cinco minutos sendo indicado para bebês. Em crianças mais velhas e ou adultos o mais usual é a frenectomia (retirada parcial do frênulo lingual).



QUANDO É INDICADA A CIRURGIA PARA LIBERAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA?

Em bebês, a cirurgia costuma ser indicada quando o frênulo da língua limita sua movimentação e dificulta a amamentação. Em crianças maiores, a indicação é feita quando possíveis distorções na fala causadas pela limitação da elevação da ponta de língua (em especial na produção dos sons do “L” e do “r”), não puderam ser corrigidas em terapia fonoaudiológica.

O QUE PODE ACONTECER COM O BEBÊ SE ELE NÃO FOR TRATADO?

Muitas pessoas com língua presa sofrem com as consequências, sem saber a causa. Há bebês que tem alterações no ciclo de alimentação, causando estresse tanto para ele quanto para a mãe; crianças com dificuldades na mastigação; adolescentes com dificuldades para beijar; crianças e adultos com problemas na fala, afetando a comunicação, o relacionamento social e o desenvolvimento profissional.

RESPOSTAS PARA PERGUNTAS
FREQUENTES NA ÁREA DE
MOTRICIDADE OROFACIAL [2011]

SBFA_GESTÃO 2010-2011

*Mara Behlau*_presidente
*Doris R. Lewis*_vice-presidente
*Jacy Perissinoto*_dir. científica 1
*Letícia Mansur*_dir. científica 2
*Vera Lúcia Mendes*_dir. secretária 1
*Vera Lúcia Garcia*_dir. secretária 2
*Juliana Algodoal*_dir. tesoureira 1
*Daniela Molini-Avejonas*_dir. tesoureira 2

**DEPARTAMENTO
DE MOTRICIDADE OROFACIAL**

*Zelita Caldeira Ferreira Guedes*_coordenadora
*Ana Maria Toniolo da Silva*_secretária

COMITÊ DE DISFAGIA

*Maria Inês Gonçalves*_coordenadora
*Kátia Alonso Rodrigues*_secretária

COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL

*Paula Nunes Toledo*_coordenadora
*Fabiane Miron Stefani*_secretária

RESPOSTAS PARA PERGUNTAS
FREQUENTES NA ÁREA DE
MOTRICIDADE OROFACIAL
[2ª EDIÇÃO_OUTUBRO 2012]

SBFA_GESTÃO 2012-2013

DIRETORIA

*Irene Queiroz Marchesan*_presidente
*Ana Cristina Cortês Gama*_vice presidente
*Lia Inês Marino Duarte*_dir. secretária 1
*Aline Epiphany Wolf*_dir. secretária 2
*Ana Elisa Moreira-Ferreira*_dir. tesoureira 1
*Adriana Tessitore*_dir. tesoureira 2
*Marileida Cattelan Tomé*_dir. científica 1
*Hilton Justino*_dir. científico 2

**DEPARTAMENTO DE
MOTRICIDADE OROFACIAL**

*Adriana Rahal*_coordenador
*Andrea Motta*_vice coordenador

COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL

*Daniele Andrade da Cunha*_coordenador
*Carmen das Graças Fernandes*_vice coordenador

FICHA TÉCNICA

*Departamento de
Motricidade Orofacial
[Biênio 2010-2011]*
concepção e texto

*Departamento de
Motricidade Orofacial
[Biênio 2012-2013]*
2ª edição (2012)

*Ana Paula Dassiê Leite,
Ana Cristina Gama,
Aline Wolf e Lia Duarte*
revisão

Luisa Furman
ilustrações

Lia Assumpção
design

Julia Mota
assistente de arte



**SOCIEDADE BRASILEIRA
DE FONOAUDIOLOGIA**

Alameda Jaú, 684, 7º andar
São Paulo, SP, cep 01420 002

[11] 3873 4211

www.sbfa.org.br



NÃO JOGUE
LIXO NA RUA