
LICENCIATURA PLENA EM PEDAGOGIA

Mariana de Oliveira Picelli

**ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA
ORIENTAÇÃO DE PROFESSORES SOBRE O
ALUNO COM FISSURA LABIOPALATINA**

A large, abstract geometric graphic in the bottom half of the page. It consists of a series of overlapping, semi-transparent blue and white triangles that form a complex, crystalline structure.

Rio Claro
2010

MARIANA DE OLIVEIRA PICELLI

**ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO DE
PROFESSORES SOBRE O ALUNO COM FISSURA
LABIOPALATINA**

Orientadora: Silvia Marina Anaruma

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Biociências da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” - Câmpus de Rio Claro,
para obtenção do título de Licenciado em
Pedagogia.

Rio Claro
2010

371.42 Picelli, Mariana de Oliveira
P591e Elaboração de cartilha para orientação de professores sobre
o aluno com fissura labiopalatina / Mariana de Oliveira
Picelli. - Rio Claro : [s.n.], 2010
42 f. : il., figs., tabs. + 1 Cartilha

Trabalho de conclusão de curso (licenciatura - Pedagogia)
- Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de
Rio Claro
Orientador: Silvia Marina Anaruma

1. Orientação educacional. 2. Imagem corporal. 3.
Expectativa do professor. I. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
Campus de Rio Claro/SP

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Vilson e Lucimeire, pelo exemplo de
coragem, amor e caráter, por nunca
desistirem de lutar por mim. A eles devo
minha vida e todas as minhas conquistas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre estar presente em minha vida, com certeza sem sua força maior nada disso seria possível.

Agradeço aos meus pais por absolutamente tudo, por acreditarem o tempo todo em mim, por ficarem ao meu lado, me dando o apoio e conforto necessário, por nunca desistirem de mim, mesmo com todas as dificuldades que juntos passamos em todos esses anos de minha vida.

Agradeço aos meus irmãos Adriano e Beatriz pelo apoio e pela força que sempre me deram e por estarem sempre torcendo e vibrando com as minhas conquistas.

Agradeço ao meu namorado Gustavo, meu grande e fiel amigo, pela sua paciência e pela força que me deu durante esse período de formação, sempre me incentivando e me mostrando que sou capaz.

Aos verdadeiros amigos e a minha família, que serão sempre lembrados por mim com muito amor, mesmo que a vida um dia os afastem de mim.

Agradeço a todas as pessoas que passaram pela minha vida, as quais me ensinaram a importância das relações pessoais, sem elas seria difícil superar os obstáculos diários que enfrentamos.

Agradeço ao meu querido primo Jefferson, por ter participado da elaboração deste material, com seu profissionalismo incrível, conseguiu representar em um desenho tudo o que este trabalho significa para mim...

A todos os professores que contribuíram para minha formação e meu crescimento. Com vocês eu aprendi que ser professor é sempre buscar, apesar das dificuldades, fazer o bem para o outro, sempre enxergá-lo como um ser singular, somos “diferentes” apesar das aparentes semelhanças, e respeitar isso é o que devemos fazer. Somente assim podemos de alguma forma, fazer desse mundo, um mundo melhor.

Agradeço por fim a minha orientadora Silvia Marina Anaruma, pela confiança, pela força e pelas sábias orientações.

...MUITO OBRIGADA!!

RESUMO

Esta pesquisa buscou investigar estudos voltados à imagem corporal e relacioná-los a crianças com fissura lábiopalatina a fim de elaborar um material pedagógico que sirva de recurso para o professor do nível básico, na compreensão, na integração escolar e na aprendizagem de crianças com tal deformidade. A pesquisa realizada é de natureza Qualitativa, do tipo exploratória. Através da revisão da literatura constatamos que a imagem que a criança tem de si é muito importante para seu desenvolvimento; as crianças portadoras de fissura lábiopalatina necessitam do olhar atento dos educadores em relação a sua imagem corporal, pois isso pode influenciar na sua vida escolar e no seu desenvolvimento. Para isto, problematiza-se a imagem corporal como influência nas relações, cognitivas e pessoais, de crianças na escola, principalmente as nascidas com essa malformação. A cartilha foi construída contendo temas como: O que é a fissura lábiopalatina, Etiologia, Tratamento, Prevalência, Problemas decorrentes, A Imagem Corporal dessas crianças, o significado do ambiente escolar e o professor para elas, aspectos cognitivos que as envolvem, Locais de Tratamento da fissura, entre outros.

PALAVRAS-CHAVES: Fissura Lábiopalatina, Imagem Corporal, Expectativa do Professor, Orientação ao Professor.

SUMÁRIO

	Páginas
1. INTRODUÇÃO.....	07
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	09
2.1. FISSURA LÁBIOPALATINA.....	09
2.1.1 Conceito, Etiologia, Tratamento, Prevalência e Problemas Decorrentes.....	09
2.1.2 Aspectos Psicossociais.....	12
2.2. IMAGEM CORPORAL.....	14
2.2.1. Conceitos.....	14
2.2.2. Desenvolvimento da imagem corporal.....	15
2.2.3. Distúrbios da imagem corporal.....	18
2.2.4. Imagem corporal de criança com fissura lábiopalatina.....	20
2.3. A CRIANÇA COM FISSURA LÁBIOPALATINA E A ESCOLA.....	26
2.3.1 Expectativas do Professor.....	26
3. METODOLOGIA.....	31
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA.....	31
3.2.1 As ilustrações.....	31
3.2.2 O Conteúdo.....	32
4. RESULTADOS.....	33
4.1 A CARTILHA	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXO: A CARTILHA.....	42

1. INTRODUÇÃO

Percebe-se atualmente a grande importância que a sociedade tem dado à “perfeição” do corpo. Tavares (2003) comenta que todos nós estamos constantemente pressionados pela cultura a concretizar em nosso corpo a representação ideal, essa pressão nos é dada desde o nascimento pelos nossos pais, que também são e estão pressionados pela cultura do belo.

Para nós profissionais da área de Educação, o estudo sobre a criança com fissura lábiopalatina, ou com qualquer outra deformidade física ou deficiência verbal, é particularmente necessário. Como bem explica Amaral (1997, p.503) “a escola será o palco onde terá de enfrentar novos relacionamentos, será olhada, julgada e sua aparência física será uma variável importante nestes julgamentos”.

Sendo o docente um modelo para os alunos, principalmente os das séries iniciais do ensino básico, e que sua aceitação positiva ou negativa da criança com fissura lábiopalatina possivelmente será imitada pelos demais alunos da sala, se faz necessário que o professor seja sensibilizado, conscientizado, instruído, treinado e reforçado para o trabalho pedagógico com essas crianças, pois dessa forma a criança encontrará melhores condições para sua integração e seu desenvolvimento. (TAVANO, 1994)

Portanto, é de fundamental importância para o professor saber do que se trata tal deformidade e obter informações de como trabalhar com o aluno “diferente”, para que ele evite criar expectativas precipitadas acerca das capacidades desse aluno em sala de aula.

Esse assunto voltado às crianças com fissura lábiopalatina, é algo que estou envolvida desde meu nascimento, pois nasci com essa deformidade facial. O que me motivou a realizar este trabalho foi o contato com outras pessoas que assim como eu, também sofreram bastante na escola devido a este problema, e ao

observar atualmente algumas crianças com essa deformidade facial pude perceber que são crianças, em sua maioria, bastante tímidas e quietas. Será que a fissura labiopalatina interfere na imagem corporal da criança com tal deformidade e nas suas relações dentro do ambiente escolar?

Sendo assim, resolvi estudar sobre a imagem corporal da criança com fissura lábiopalatina e sobre as influências do professor nessa construção. Como uma forma de auxiliá-los na compreensão, na integração escolar e na aprendizagem de crianças com este tipo de problema, o objetivo desse estudo foi elaborar um material de orientação para professores da Educação Básica, no caso, uma cartilha, a partir da investigação da literatura científica sobre fissura lábiopalatina, principalmente quanto à imagem corporal.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISSURA LÁBIOPALATINA

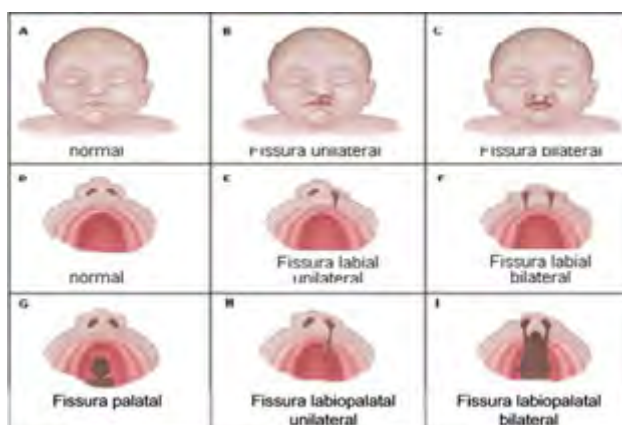
2.1.1. Conceito, Etiologia, Tratamento, Prevalência e problemas decorrentes.

Considerada como uma das deformidades mais freqüentes nos seres humanos, a fissura lábio-palatal é uma “malformação caracterizada pela presença de uma abertura no palato (céu da boca) e/ou fenda no lábio, geralmente superior, que alcança a asa lateral do nariz” (TAVANO, 1994, p.1).

Campos (2006) conceitua tal fissura como sendo:

Uma anomalia congênita decorrente da alteração do desenvolvimento embrionário humano, que compromete a estrutura facial de um indivíduo e resulta no comprometimento funcional e estético dos lábios, nariz, maxilas e/ou palatos de seu portador. (p.72)

Segundo Garcia (apud PEREIRA, 2005, p.16) “uma fissura labial pode ou não estar associada a uma fissura de palato, da mesma maneira que, uma fissura palatina pode ou não estar associada a uma fissura de lábio”.



Quadro ilustrativo da fisionomia do indivíduo portador de fissura lábiopalatina
 Fonte: http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_35237931812.pdf > acesso 27 de Setembro de 2010

Segundo Figueira “assim como as demais malformações da face, as do lábio e do palato só encontram explicação para seu mecanismo de formação através de embriologia” (1997, p.2). Elas se estabelecem entre a terceira e quarta semanas de gravidez onde não há a fusão dos processos faciais (TAVANO, 1994, p.1)

Alguns autores afirmam que até hoje os estudos não estabeleceram uma etiologia definida para essa deformação, estando voltados para sua origem possíveis agentes que são agrupados em dois fatores: os genéticos e os ambientais.

Capellozza Filho et al. (apud PEREIRA, 2005) demonstram que o aspecto genético corresponde apenas a 30% dos casos e as causas mais comuns decorrem de alguns fatores que são agrupados por eles como: *doenças* (estas ocorrentes no primeiro trimestre de gravidez, estando entre elas o fator emocional da gestante); radiação (estes em exames de Rx durante a gestação); estações do ano; tabagismo; alcoolismo; idade dos pais; drogas anticonvulsivantes; sedativos; agrotóxicos; deficiências nutricionais. “As fissuras lábiopalatina acometem todos os grupos raciais e étnicos, independentemente do sexo e classe socioeconômica” (PEREIRA, 2005, p.17).

O tratamento feito em pessoas com fissura lábiopalatina é longo, feito de forma interdisciplinar. As pessoas são submetidas a intervenções cirúrgicas desde os três meses de vida. A quantidade e tipos de cirurgia variam de acordo com a complexidade das fissuras. (TAVANO, 1994).

Muitos são os locais que oferecem tratamento para pessoas com essa anomalia no Brasil. No estado de São Paulo os locais mais conhecidos para tal tratamento é o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo em Bauru (conhecido como CENTRINHO) e o SOBRAPAR em Campinas. Ambos os hospitais visam dar aos pacientes condições de pleno desenvolvimento e além das intervenções cirúrgicas, oferecem

A possibilidade de acompanhamento por uma equipe interdisciplinar, que permite um crescimento fácil sem grandes deformidades e uma adequada função respiratória e fonoaudiológica, bem como sua integração psico-social na comunidade. (SILVA FILHO & ALMEIDA, 1992, p.8)

O tratamento das fissuras labiopalatais exige inúmeras intervenções especializadas, para favorecer o crescimento e o desenvolvimento da face e suas

funções, dentre estas existem: a odontologia que recupera a arcada dentária, as cirurgias plásticas, fisioterapias, prótese, estas sempre inter relacionada (TAVANO, 1994).

Figueira (1997) e Tavano (1994) afirmam que as malformações congênitas situam entre as mais freqüentes. No Brasil a proporção é de um individuo com fissura lábiopalatina para cada 650 (seiscentos e cinquenta) nascimentos.

Um dado que surpreendeu os pesquisadores neste mesmo trabalho, foi o grande número de pacientes sequelados, ou seja, pacientes que apresentavam grandes deficiências morfológicas e funcionais, devido ao que chamamos de tratamento estanques. Esses tratamentos consistem de cirurgias precoces, geralmente traumáticas, sem acompanhamento extra-cirúrgico pelo odontólogo e pela fonoaudiologia” (SILVA & ALMEIDA, 1992, p.7)

Foi devido a essas incidências que começou a surgir o Centrinho em Bauru, onde gerou em seus fundadores o desejo de oferecer ao paciente fissurado um amplo tratamento.

Na sua grande maioria esses defeitos acarretam numa série de distúrbios estéticos, funcionais e psicossociais.

Dentre os problemas funcionais e físicos estão as dificuldades relacionadas à mastigação, à deglutição, à audição, à respiração, ao comprometimento da arcada dentária, à propensão a infecções otorrinolaringológicas e, ainda, no caso da fissura que envolva o palato, à aprendizagem da fala apresentando uma voz nasalizada (SOUZA-FREITAS apud PEREIRA, 2005, p.20).

Com relação à linguagem Tavano (1994) explica que ela é caracterizada, em alguns casos, pela hipernasalização dos sons surgindo, às vezes, a incapacidade de emissão de alguns deles, como conseqüência do escapamento de ar pelas fossas nasais.

Além das implicações físicas e funcionais acima mencionadas, surge juntamente com estes o aspecto que pode ser considerado de grande importância para nossa pesquisa, o fator *psicossocial*.

2.1.2 Aspectos Psicossociais

O grupo social é visto como importante em vários aspectos na vida do indivíduo. Além disso, podemos considerar que são modeladoras do comportamento de qualquer indivíduo. Tal grupo inclui pais, irmãos, amigos, colegas, professores e parentes (AMARAL,1997). No caso das pessoas com fissura, deve ser visto com mais atenção ainda.

Em seu estudo Carvalho et al. (2006) buscou compreender o sentimento dos pais de uma criança com malformação congênita. Segundo ele, a gestação é envolvida de sentimentos idealizadores, onde se forma pelos pais a expectativa de um filho perfeito e no nascimento de uma criança aparentemente defeituosa a reação dos pais é de crise e negação, desta forma os pais acabam necessitando de uma adaptação do filho idealizado para o filho real.

Figueira (1997) também salienta sobre a dificuldade de pais em aceitar ter tido um filho com essa fissura, principalmente na primeira fase, no nascimento, e essa dificuldade se dá pela cobrança social em se ter um filho “perfeito”. Explica que a aceitação familiar é de grande importância para seu desenvolvimento emocional, mesmo com a rejeição inicial é com o tempo que os pais passam a ter uma visão positiva de tudo o que aconteceu e passam a encontrar no filho a razão do viver

[...] muito cedo no desenvolvimento da criança as atitudes e sentimentos dos pais sobre a deformidade física de seus filhos influenciará a habilidade da criança para lidar com seu corpo defeituoso (BELFER et. al. apud AMARAL, 1997, p.500)

Com isso então, passamos a perceber que mesmo com a aceitação posterior dos pais, em relação à aparência de seu filho, a negação inicial pode interferir na imagem que o indivíduo desenvolve em sua mente de si e do seu corpo.

Fuentes Ozuna (apud TAVANO, 1994) salientou que os portadores de fissuras apresentam reações variadas que vão desde a indiferença e timidez até a agressividade. Considerou que isso se dá pelo fato de tais sujeitos passarem a ter consciência que são diferentes. Também o que influencia é a rejeição inicial da família em relação a sua deformidade. As proporções passam a ser maiores a partir do momento em que se ampliam as relações sociais.

Para ele, a criança que nasceu com essa anomalia, mesmo que leve, mas observável, sofre discriminação social. A percepção de sua própria anomalia, acrescida da reação social experienciada, pode influir no seu desenvolvimento social e emocional (TAVANO, 1994, p.15)

Figueira (1997) considera que o ingresso na escola é um período marcante para a criança com fissura lábio-palatal, pois é nesse momento que a mesma passa a se apresentar para outras pessoas, nessa apresentação as pessoas ficam curiosas em saber o que ela tem na face e passa dessa forma a aparecer a crítica, que vem, muitas vezes, em forma de apelidos, o que traz para a criança um grande constrangimento e faz com que a mesma tendência-se a se isolar no ambiente escolar.

Existe também o preconceito em relação ao intelecto de tais crianças, onde os colegas e até mesmo os professores subestimam a capacidade intelectual das mesmas. Tavano (1994) também faz essa consideração de entrada na escola como período marcante para tais crianças e segundo ela

grande ansiedade é percebida, em torno de suas capacidades intelectuais, por parte de seus pais. Muitas vezes lhe é negada a matrícula na escola por dirigentes e professores da mesma, pelo fato de ser portadora de uma anomalia que sugere excepcionalidade (p. 12).

Percebe-se através desta autora que a falta de informações dos agentes escolares a respeito desta anomalia, faz com que haja certo preconceito em relação a quem a possui, deixando-o, muitas vezes, excluídos do ambiente escolar.

Há ainda, segundo Amaral (1997), a dificuldade de relação entre pares durante a infância. Jones (apud AMARAL,1997) estudou a visão dos pais de crianças fissuradas em relação aos relacionamentos de seus filhos com outras crianças e concluiu que tais crianças “eram alvo de maior número de respostas negativas da parte de seus pares, do que as crianças normais” (p.503). Os pais relatam que seus filhos são olhados com curiosidade e que possuem dificuldade em se relacionar, “mas uma vez conhecida e aceita pelo grupo, a criança parece desenvolver satisfatoriamente suas relações com parentes, amigos da rua e colegas de classe” (p.503).

Para a criança fissurada a rejeição inicial dos pais, os olhares curiosos e a dificuldade de se relacionar com os pares são pontos que interferem de maneira significativa no seu modo de viver, por isso que é favorável informar à sociedade,

em específico a escola, sobre o que é tal deformidade e os aspectos sociais e cognitivos que envolvem a criança que a possui.

2.2 IMAGEM CORPORAL

2.2.1 Conceitos

Há vários modos de explicar a imagem corporal através da Literatura. Tavares (2003) define Imagem Corporal como sendo todas as formas pelas quais a pessoa experiencia e conceitua o seu próprio corpo, é esta que sustenta a individualidade de qualquer pessoa e que dá início ao desenvolvimento de sua identidade. Segundo a mesma autora esta imagem é influenciada por três fatores: os sensoriais, o processo de desenvolvimento e os aspectos psicodinâmicos, e esta imagem deve ser sempre compreendida como algo singular, dependente das experiências do ser humano.

Para Willians (apud FARIA, 2005) a imagem corporal ou aparência física representa a imagem que o indivíduo tem de si próprio e do seu corpo. Machover (apud ALMEIDA, 1999) nos diz que “a imagem corporal pode ser considerada como sendo o reflexo completo da auto consideração – a imagem de si mesmo” (p. 108).

De acordo com Oliver (apud ZANATA, 2002) a imagem do corpo é o conceito e a vivência que se constrói sobre o próprio corpo, é nela que estão presentes “os afetos, os valores, a história pessoal marcada nos gestos, no olhar, no corpo que se move, que repousa, que simboliza” (p.4)

A explicação mais detalhada sobre o assunto é dada por Schilder (1999), autor este bastante conceituado nessa área, “entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o nosso corpo se apresenta para nós” (p.7). Ele passou a atribuir uma nova dimensão do assunto e divide a imagem corporal em três importantes aspectos, o fisiológico (orgânicos), sociais (o corpo na relação com outros corpos) e afetivos (libidinal). O autor faz esta divisão, mas busca sempre abordar o assunto de maneira integrada e atual.

Nasio (2009) define imagem como sendo sempre o duplo de alguma coisa, isto é, a imagem pode existir seja em nós, em nossa cabeça, à maneira de uma representação mental consciente ou inconsciente, seja fora de nós, visível sobre uma superfície, ou ainda posta em movimento num comportamento significativo. Com essa definição este autor expõe quatro formas de viver nosso corpo, que são: sentindo-o (imagem mental); vendo-o (imagem especular); sendo superado por ele (imagem-ação) e nomeando-o (imagem nominativa). Um exemplo de imagem nominativa é a fissura lábiopalatina, onde é nomeada popularmente como Lábio Leporino, sendo esta a imagem do corpo simbólico.

Dychtwald (apud ALMEIDA, 1999) alerta que nossa consciência do corpo é fruto de experiências emocionais e psicológicas vivenciadas ao longo de nossa vida, pois o modo como agimos e sentimos no mundo, afetam e modificam o nosso corpo.

Além de a imagem corporal estar em conexão com a identidade da pessoa é ela o ponto que norteia as relações do homem com o mundo (Tavares, 2003)

Faria (2005) afirma que “o domínio físico tem um papel importante, desde a infância, no ajustamento psicossocial do indivíduo, pois as crianças recebem desde muito cedo, o feedback direto e indireto acerca da sua atratividade física” (p.363).

Com tais conceitos percebemos o quão importante é para o indivíduo a imagem que ele possui de seu próprio corpo e estudar sobre essa construção é de grande importância para podermos compreender o desenvolvimento do indivíduo, principalmente na infância.

2.2.2. Desenvolvimento da imagem corporal

O desenvolvimento da imagem corporal de acordo com Schilder (1999) não é algo estático e sim adquirido, ele é construído e estruturado num contato contínuo do indivíduo com o mundo, ela é “[...] lábil e mutável. A imagem corporal pode encolher ou se expandir, pode dar partes suas para o mundo externo ou se apoderar de partes deles.” (p.223). Ele afirma que não é possível saber como se dá o desenvolvimento da imagem corporal de forma detalhada, mas há motivos de se

acreditar que “existe um desenvolvimento interno, uma maturação em todos os campos da vida psíquica” (p.216) e esse processo de maturação, adquire forma com influências das experiências individuais e atitudes emocionais.

Shontz (apud Barros, 2005) reforça a idéia de que as emoções, ou atitudes emocionais, têm um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal, esta não é organizada somente por aspectos neurológicos e mentais.

Na verdade, há uma interação entre os lados fisiológico, neural e emocional, além do fator social. Um desses processos analisados separadamente tornaria a análise falha e incompleta. Mudanças em um deles podem ocasionar consequências na experiência do corpo. (p.549)

A expressão “desenvolver a imagem corporal” segundo Tavares (2003) apresenta variações importantes e indica aspectos distintos como: aumentar a percepção de partes do corpo, reconhecer e valorizar as sensações corporais, gostar mais do corpo, ter mais satisfação com o corpo, reconhecer o corpo como ele é realmente. Para que o desenvolvimento aconteça de maneira integrada e positiva é necessário que o indivíduo tenha possibilidade de reconhecer sua presença real e sentir que é valorizado pela sua singularidade, essas sensações são primeiramente vivenciadas nas relações mãe-filho.

Para Maximo (1998) a motivação é um dos fatores preponderantes na formação da Imagem Corporal e para isso acontecer é necessário ações e reações no indivíduo, estas que geram necessidades que levam à auto-realização. A mesma autora cita Nuttin (1972) que também relaciona a motivação com as necessidades, ditas fundamentais, que são: tipos de interações cuja unidade EGO-mundo ou organismo-meio tem necessidade.

“quando estes tipos de interações se tornam impossíveis ou difíceis de se estabelecer, esta unidade vital é profundamente perturbada, influenciando na estrutura da personalidade e, conseqüentemente, na formação da imagem corporal” (MAXIMO, 1998, p.59)

Krueger (apud TAVARES, 2003) apresenta o desenvolvimento do “eu corporal” como um processo que ocorre em três estágios:

- *ESTÁGIO I – Experiências psíquicas precoces do corpo* - ocorre nos primeiros meses de vida, onde o corpo é vivenciado baseado na sua relação com a mãe.

- *ESTÁGIO II – Consciência inicial da Imagem Corporal com integração de experiências internas e externas* – ocorre até a fase em que a criança começa andar, a capacidade de imaginar da criança se torna fundamental, é desta forma que ela começa a diferenciar o eu e o mundo externo.

- *ESTÁGIO III – Definição e coesão do eu corporal como base da consciência do eu* – começa a partir dos 15-18 meses quando a criança já se reconhece no espelho. Esse estágio é caracterizado pela consolidação do senso de identidade estabelecido a partir de uma representação mental integrada com o corpo.

Faria (2005) e Ribeiro et. al. (2006) enfatizam que a imagem corporal se constrói a partir do contato com o mundo externo e sofre influências das ações externas, bem como das interpretações que os indivíduos fazem dessas experiências e das avaliações constantes que os outros fazem de seus comportamentos.

Capisano (apud KIENAS, 1998) reforça esta idéia e diz que “a imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contato do individuo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. [...] ela não é possível sem as imagens corporais dos outros” (p.10). E também sobre isso Schilder (1999) nos coloca que a imagem corporal esta em constante mudança, “há um intercâmbio contínuo entre nossa própria imagem corporal e a imagem corporal dos outros” (p.251).

Schilder (1999) diz que a imagem corporal da criança irá tomar forma na escola através das experiências e do convívio que ela terá, sendo necessário que seu corpo possa se movimentar como um ser em expressão. Autores como Martins(1994) e Maximo(1998) ressaltam também a importância da experiência corporal na criança para a formação da imagem corporal.

Segundo Santos (1996) a imagem corporal muda a cada novo dia, pois todos os dias são passadas novas bagagens de experiências. É preciso se movimentar, tocar e explorar o lado interno e externo. Assim, é a partir do movimento, que a criança começa a descobrir sua auto-imagem, que sua relação com o mundo se torna mais significativa.

A construção e o desenvolvimento da imagem corporal envolvem, portanto, diversos fatores, estes de grande importância para o crescimento, desenvolvimento

e relacionamento do indivíduo no grupo social e cultural que se insere. Sendo assim, se o processo formativo da imagem corporal não ocorrer adequadamente é provável que isto implique em algumas consequências, daí a importância de conhecê-las para evitá-las.

2.2.3 Distúrbios da imagem corporal

Segundo Nasio (2009) o corpo é percebido pelo indivíduo conforme sua imaginação e não como ele realmente é, é percebido como uma fantasia, esta formada através dos sentimentos, da memória, do julgamento do Outro e através da imagem familiar que se tem dele, assim essa fantasia imaginativa do indivíduo, é uma forma de falsear a percepção real desse corpo.

Apesar de a imagem corporal ser imaginária, ela pode ser vivida como algo tão real como nosso corpo. Como imagem, pode sofrer distorções: ou acreditando que partes do corpo são anormais ou as medidas são inadequadas. (FREEDMAN apud ANARUMA, 1995)

Stuart (apud ZANATA, 2002) explica que há pouca chance de nos aceitarmos como somos se não aceitarmos nosso próprio corpo, demonstrando assim que a imagem corporal está relacionada com a auto-estima e com a auto-imagem.

Para avaliar seus corpos, as pessoas o fazem através da interação com o ambiente, assim sua imagem corporal se desenvolve e reavalia continuamente durante a vida inteira (Becker, 1999). Somos pressionados em numerosas circunstâncias a concretizar, em nosso corpo, o corpo ideal de nossa cultura (Tavares, 2003).

A indústria corporal através dos meios de comunicação encarrega-se de criar desejos e reforçar imagens, padronizando corpos. Corpos que se vêem fora de medidas, sentem-se cobrados insatisfeitos. O reforço dado pela mídia em mostrar corpos atraentes, faz com que uma parte de nossa sociedade se lance na busca de uma aparência física idealizada. (RUSSO, 2005, p.81)

A sociedade e/ou cultura impõe necessidades que de certa forma inibem ou atrapalham as necessidades individuais de cada um, perturbando e influenciando no desenvolvimento da personalidade e, conseqüentemente, da imagem corporal.

É necessário então entender esse tipo de problema de imagem corporal distorcida, que tem como causa uma relação equívoca feita por muitas pessoas, entre os atrativos físicos e a insatisfação com a Imagem Corporal, por não perceberem que para estarem satisfeitas com sua imagem, não precisa ser bonito dentro de um padrão de beleza aceita socialmente. (FREEDMAN apud ANARUMA, 1995).

De acordo com Sartori (1994) um individuo que vive com a imagem corporal desfigurada do próprio corpo perde contato real de seu meio e cria vários conflitos internos. Le Boulch (apud MAXIMO, 1998) reforça assim que, uma imagem corporal mal estruturada pode produzir um déficit na relação do sujeito-mundo refletindo-se no plano da motricidade, da percepção e da relação com os outros, influenciando os processos cognitivos, e em especial os de aprendizagem.

Segundo Tavares (2003) múltiplos fatores podem influenciar no processo de desenvolvimento da imagem corporal como: doenças, amputações, traumas, entre outros. Os distúrbios podem ocorrer de inadequação no estímulo corporal na fase inicial de desenvolvimento. Krueger (1990), citado pela autora, aponta três condições específicas:

1- Superinvasividade e superestimulação: este se refere a pais muito invasivos, que se apegam demais aos filhos e também pode ocorrer em decorrência de assédio sexual, *cirurgias*, entre outras.

2- Falta de percepção e resposta empática: onde a relação mãe-filho não suporta experiências corporais coerentes à criança.

3- Respostas inconscientes e seletivas: em que a mãe ignora estímulos de movimentos corporais e afetivos e só responde a necessidade física e dor física.

Todo o individuo que possui distúrbio do modelo postural, também tem dificuldade em reconhecer as diferentes partes dos corpos dos outros, ou seja, os modelos posturais dos seres humanos se associam entre si e quando não somos capazes de ter uma percepção verdadeira de nosso próprio corpo, também somos incapazes de perceber os corpos dos outros. (SCHILDER, 1999)

2.2.4 Imagem corporal de criança com fissura labiopalatina

Como vimos a imagem corporal é algo que deve se construir de maneira satisfatória, pois esta é de grande importância para o desenvolvimento do indivíduo. Escalante (1982) diz que a organização da imagem corporal é algo que se dá desde a vida intrauterina e é contínuo durante todo o período de vida. Desde o período inicial, segundo Tavares (2003) a mãe é ponto importante para o desenvolvimento da identidade corporal do bebê, esta precisa ter certa flexibilidade para suportar a frustração do reconhecimento do mesmo como um ser diferente da sua fantasia ou de suas expectativas.

Segundo o Ministério da Saúde (apud CARVALHO et. al., 2006), quando nasce uma criança com defeito, as fantasias e metas dos pais são destruídas, os sonhos são desmoronados e o luto é a resposta, em relação à perda de sua criança normal. Souza (1999) também reforça essa ideia e expõe que os pais criam a expectativa de ter uma criança “perfeita”, essas esperanças se desvanecem no nascimento do filho aparentemente defeituoso, principalmente se a anomalia for visível.

Belfer e col. (apud AMARAL, 1997) relataram que muito cedo no desenvolvimento da criança as atitudes e sentimentos dos pais sobre a deformidade física de seus filhos influenciará a habilidade da criança para lidar com seu corpo defeituoso. Fédida (1984) citada pela mesma autora complementa que “quando a criança pode, no olhar dos pais, constatar que ela é por eles olhada com seu defeito, é nesse momento, precisamente, que a criança pode trabalhar tecnicamente com seu defeito e evoluir.” (p.500)

Amaral (1997) e Figueira (1997) explicam que o stress inicial experienciado pelos pais tende a desaparecer ou diminuir com a passagem do tempo e a ser mediado pelo tratamento reabilitativo e também pelo aconselhamento de pessoal especializado.

Os portadores de fissuras apresentam reações variadas que vão desde a indiferença e timidez até a agressividade e isso se dá pelo fato de tais sujeitos passarem a ter consciência que são diferentes, também o que influencia é a rejeição inicial da família em relação a sua deformidade. As proporções passam a

ser maiores a partir do momento em que se ampliam as relações sociais. (FUENTES OZUNA apud TAVANO, 1994)

Para diversos autores da literatura, a escola, ao lado da família, é o local que terá maior influência na vida da criança com fissura, “a escola será o palco onde terá de enfrentar novos relacionamentos, será olhada, julgada, avaliada e sua aparência física será uma variável importante nestes julgamentos.” (AMARAL, p.503). E esta oferece-lhe condições que também podem influenciar na sua timidez, recolhimento indiferente ou agressividade, a discriminação do meio faz com que a criança relacione à sua “diferença” física, o que pode influenciar no seu desenvolvimento acadêmico, social e emocional. (TAVANO, 1994).

Em pesquisa realizada pela mesma autora, buscando verificar a integração social de uma criança com fissura lábiopalatina, ela discute que nos primeiros dias de aula dessa criança, a mesma enfrenta olhares curiosos, comentários, cochichos e expressões variadas na sala e no recreio; essas vivências, segundo ela, perturbam o sujeito, causando nele em certos momentos reações agressivas. O resultado desta pesquisa levou a constatar que, neste caso observado, levou-se aproximadamente dois meses para que aparecessem indícios desta criança estar sendo aceita pelo grupo em que convivia diariamente, o que foi considerado um período bastante longo.

Pode haver evidência de que o indivíduo com desfiguramento físico e deficiências verbais pode experimentar consequências sociais e emocionais como consequência de ser ‘diferente’. Nossas escolas refletem valores sociais onde considerável ênfase é colocada na aparência física normal e em habilidades verbais (AMARAL, 1997, p.504).

Para Schilder (1999, p. 263) “o olhar do indivíduo e o da outra pessoa torna-se assim, o instrumento do intercurso das imagens corporais. Os olhos fornecem a possibilidade de estabelecer relações sociais com outra pessoa”.

Segundo Goffman (1988) quando o defeito de uma pessoa pode ser percebido só ao lhe dirigir a atenção, geralmente visual, é provável que ela sinta que estar presente entre normais a expõe cruamente a invasões da privacidade, isso mais fortemente quando a olham fixamente.

Relacionando ambos os autores, é possível verificar, portanto, a dificuldade de uma criança “diferente” em estabelecer relações com outras pessoas, principalmente na escola, e juntamente a essas relações a dificuldade em construir sua imagem corporal, visto que esta depende, segundo a literatura estudada, do outro, de seus julgamentos e de suas interpretações sobre si, estas opiniões do outro é são dadas através do olhar que, muitas vezes, é vista como algo invasivo para esta criança.

Minhas sensações corporais existem. Mas existem também outras referências como, o que dizem que sou, o que gostariam que eu fosse, o que penso que eu deveria ser e o que eu gostaria de ser. Impossível negar essas referências. Se mantenho minha identidade, essas referências são elementos importantes para a expansão do meu “eu corporal” (TAVARES, 2003, p.36)

Segundo Lewis et al. (apud RIBEIRO et. al., 2006) tudo o que é dito a uma criança a seu respeito serve como um espelho, portanto, as brincadeiras voltadas a característica física podem comprometer o seu desenvolvimento.

“As crianças com fissura, muitas vezes, são discriminadas e rotuladas pelo fato de apresentarem uma malformação crânio-facial, com repercussões para auto-estima e sua auto-imagem” (TONOCCHI et. al, 2008, p.60)

Andrade & Angerami (2001) relatam que as várias investigações permeiam que os sujeitos portadores de fissuras orais enfrentam barreiras em seu desenvolvimento psicológico e isso, junto com o desejo de se ter um corpo perfeito e atraente, repercute de forma negativa para a auto-imagem do sujeito.

Em sua pesquisa Amaral (1986) observa que os grupos de crianças com pequenas deformidades faciais, as portadoras de fissura labiopalatina, são as que apresentam maior dificuldade na reprodução da auto-imagem, isso, segundo ela, talvez pelo fato de as mesmas associarem o problema facial ao de comunicação verbal “considerando-se a produção gráfica da auto-imagem, como um tipo de comunicação, embora não verbal, a dificuldade pode se generalizar”. (AMARAL, 1986, p.233)

Amaral (1997) expõe algumas pesquisas realizadas por autores diversos voltadas à auto-imagem de crianças fissuradas e explica que mesmo tais crianças serem consideradas normais, ainda há um desajuste e distorção na auto-imagem, onde as mesmas possuem uma baixa comunicação verbal, criatividade e muita

tensão corporal. “O desenho da figura humana tem sido utilizado para estudar a auto-imagem de crianças fissuradas, mostrando que estas são menos hábeis para desenhar a figura humana do que seus pares normais” (p.499).

Escalante (1982) em sua pesquisa, estudou a imagem corporal de 15 crianças entre 4 e 16 anos de idade, para conseguir provar sua hipótese que foi levantada da seguinte forma: *“Aceptación e integración del defecto a la imagen corporal, mayor adaptación a la realidad, y disminución o ausencia de conflictiva emocional producida por el defecto”*. (p.651). Utilizou para isso quatro tipos de desenhos: 1- desenho de uma pessoa; 2- desenho do rosto do pai do mesmo sexo; 3- desenho do próprio rosto como se estivesse vendo no espelho; e 4 - desenho da própria imagem copiando-a de um espelho real. Esta pesquisa mostra que o desenho é um instrumento sensível para apontar a integração do defeito à imagem corporal. Os resultados dessa pesquisa ainda não foram conclusivos, não foi possível ficar claro as hipóteses levantadas.

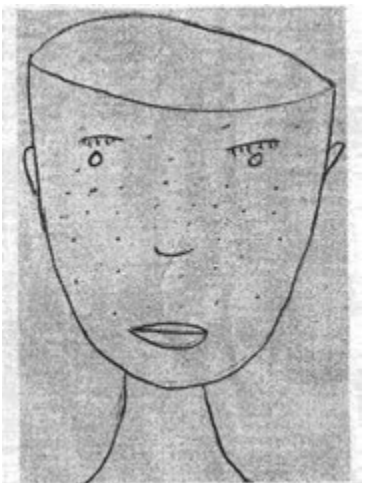
Desenhos retirados desta pesquisa (p.655), feitos por um dos sujeitos da pesquisa:



Desenho 1: “Uma pessoa”



Desenho 2: “desenho do rosto do pai do mesmo sexo”



Desenho 3: “próprio rosto como se estivesse vendo no espelho”

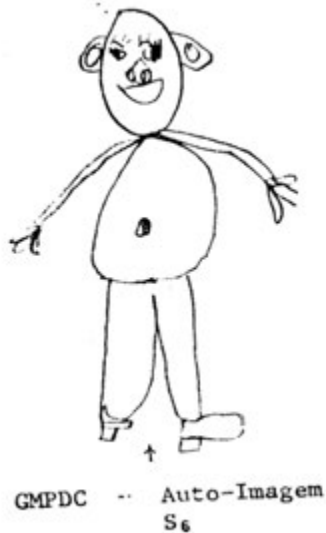


Desenho 4: “própria imagem copiando-a de uma espelho real”

Este aspecto também foi discutido por Amaral (1986) que, estudou doze crianças portadoras de fissuras lábiopalatinas e observou que tais crianças tendiam

a apontar suas deformidades no desenho da auto-imagem e a não fazê-lo no desenho da imagem do outro.

Desenhos retirados desta pesquisa:



“Desenho na categoria: Deformidade Presente Fortemente Marcada na auto-imagem” (p.105)



“Desenho na categoria: Deformidade presente levemente marcada na auto-imagem” (p.102)

As dificuldades frequentemente relatadas pelos portadores relacionam-se à avaliação que fazem da própria imagem corporal, levando em conta a área afetada, severidade e visibilidade, variando de acordo com as inúmeras características individuais e sociais. (RUMSEY et. al. apud BASTOS et. al, 2008, p.282)

Amaral (1997) relata que estudos mostram maior índice de insatisfação com a aparência física em crianças portadoras de fissura labiopalatina do que o manifestado pelo grupo de crianças normais. As meninas têm mostrado maior índice de ansiedade, infelicidade e maior insatisfação, isso se dá possivelmente pela importância dada à beleza física feminina na atual sociedade.

Em seus estudos Cariola (1985) concluiu que crianças com fissura lábiopalatina podem sofrer desajuste social, em função de sua fala ser comprometida. Assim, para encobrir o receio de ser caçoada, a criança pode tornar-se silenciosa e indiferente, gerando desse modo uma imagem distorcida de si mesma. Genaro et. al. (2007) ressaltam também que este desajuste é causado por danos estéticos e por isso, o indivíduo acaba sendo alvo de adjetivos depreciativos.

Estas informações presentes na literatura nos revelam que a imagem corporal de crianças com fissura lábiopalatina, de certa forma, são desfavoráveis e isso acaba influenciando em diversos fatores da vida do indivíduo, principalmente os sociais e de comportamento, o que deve ser levado em consideração na prática educacional.

2.3. A CRIANÇA COM FISSURA LÁBIOPALATINA E A ESCOLA

“As escolas acentuam o aprendizado acadêmico e as formas exteriores de conformidade social, a tal ponto que o desenvolvimento emocional das crianças deixa de ser apenas ignorado, para ser realmente prejudicado” (JERSILD, 1973, p. 493).

2.3.1 Expectativas do professor

É na sala de aula que as relações entre professor e aluno tornam-se efetivas, buscando ,dessa forma, uma das grandes missões da educação, que é o formar cidadãos. Portanto, o modo de ser, a forma de pensar, agir e sentir do professor pode refletir no comportamento do aluno, assim como as imagens e a concepção do aluno em relação ao professor também poderá interferir na ação do professor. (Silva & Aranha, 2005)

Quando uma criança é colocada no ambiente de sala de aula, com a finalidade de aprender um determinado conteúdo ou material, o que ocorre não é, apenas, o ensino e aquele que ensina de um lado, e a aprendizagem, e aquele que aprende do outro. Uma série de contingências estão presentes, neste processo, que influenciam e, às vezes, determinam a quantidade e a qualidade do que é ensinado e aprendido e do como, quanto e quando isto ocorre. (AMARAL, 1984, p.62).

Pais de crianças com fissura lábiopalatina sentem-se ansiosos em relação às capacidades intelectuais de seus filhos, quando estes são subestimados devido a negação da matrícula na escola por dirigentes e professores, julgando-os que por serem portadores de uma anomalia, são “excepcionais”. (Tavano, 2000)

Segundo Sipavicius (apud DOMINGUES, 2007) a expectativa do professor sobre o aluno pode influenciar no seu rendimento escolar. Lee-Manoel et. al. (2002) reforça essa idéia e aponta que nas impressões formadas por professores a respeito dos alunos está presente também o estereótipo da atratividade física.

Tanto Omote (1990) como Tavano (1994) afirmaram em pesquisas que a primeira impressão que o professor tem de uma criança com fissura lábiopalatina possui grande influencia no processo de enfrentamento desta criança ao ser inserida em um contexto escolar. A impressão deste sobre a criança, geralmente é desfavorável em um primeiro instante, devido a associação que este faz da aparência física ocasionada pelas seqüelas da anomalia, estas expectativas gira em torno do que o aluno é ou será capaz.

Com o objetivo de verificar a visão dos professores a respeito da inclusão de alunos com fissura lábiopalatina na classe comum Buffa (2009) em sua pesquisa concluiu que os professores possuem uma visão comum e favorável a respeito da inclusão de crianças com essa fissura no ensino regular, sendo aceita por eles. Assim como esta autora Amaral (1997) e Kummer (2001), mostram que os professores possuem pouca informação sobre deformidades faciais, e de forma geral, também possuem pouco conhecimento sobre a fissura lábiopalatina e suas implicações, não sabendo como lidar com esse tipo de população.

Richman (apud DOMINGUES, 2007) fez uma análise da relação entre a aparência facial da criança com fissura lábiopalatina e a classificação do professor quanto à sua capacidade intelectual. O resultado constatou que “o professor subestimava a capacidade intelectual da criança com desfiguramento facial mais

perceptível e considerou que esta expectativa poderia ser transmitida para o aluno, de forma declarada e velada.” (p.30)

Em pesquisa realizada por Silva & Aranha (2005) com o objetivo de descrever as interações ocorridas entre professor e alunos em classes inclusivas, apontam diferenças nas interações da professora com seus alunos, em função da presença ou ausência da deficiência.

Tavano (1994) diz que pesquisas indicam a existência de déficit na competência acadêmica em alunos com fissura lábiopalatina, relacionando estes, na maioria das vezes, a problemas verbais ou o comportamento dos alunos que adotam preocupação em não se exporem. Mas para ela, não se pode afirmar que existe uma correlação entre deformidade facial e a competência intelectual; pode-se admitir que o rendimento acadêmico apresenta relações com múltiplos fatores, entre os quais a figura e a expectativa do professor se faz presente, isso sim, segundo ela, justificaria a falta de rendimento na escola por parte dos alunos.

Salientamos que a criança portadora dessa fissura enfrenta preconceito em função da malformação como se a presença desta desqualificasse o seu potencial. Tal preconceito decorre da associação da fissura (um padrão esteticamente não aceito), com a incapacidade de aprendizagem. Portanto um olhar sobre a criança com fissura a partir da sua “anomalia” pressupõe um ponto de vista preconceituoso e delimitado (TONOCCHI et al, 2008, p.60)

Um exemplo disto foi dado por Tavano (2000) em sua pesquisa, onde um indivíduo revela em entrevista que se sentia humilhado por sua professora, que o colocou várias vezes para fora da sala de aula que, por não compreender sua fala, interpretava-o mal. Isso fazia com que os colegas fizessem com ele grandes gozações.

Sabendo que a imagem de si é sempre constituída por intermédio do outro, com isso é o outro, no caso sujeito-professor, que irá lançar imagens com as quais o sujeito-aluno poderá se identificar e se reconhecer (SOUZA apud CAVALLARI, 2005). Tanto o discurso do sujeito-professor como o discurso do sujeito-aluno coloca em funcionamento as imagens de si e do outro, estes discursos “permitem vislumbrar as representações de si mesmo, que são constitutivas das identidades de ambos.” (CAVALLARI, 2005, p.15). O mesmo autor finaliza sua pesquisa nos mostrando que

Vale (re)pensar as representações que lançamos aos nossos alunos e que afetam a constituição de sua(s) imagen(s) de identidade, uma vez que o discurso pedagógico tem o poder-saber de definir o lugar ocupado por aquele que é constantemente avaliado no espaço de sala de aula ou mesmo fora dela, no espaço mais amplo do ambiente escolar. Além disso, os freqüentes comentários dos professores acerca dos alunos, geralmente emitidos fora do espaço de sala de aula (nos corredores da escola, na sala dos professores, durante as reuniões pedagógicas etc.), colaboram para a fixação de certas representações que funcionam como “verdade” sobre um determinado aluno, já que são partilhadas, podendo tornar-se consensuais (p.201).

Domingues (2007) realizou uma pesquisa para investigar o desempenho escolar de indivíduos com fissura lábiopalatina através da opinião dos professores. Os resultados obtidos na pesquisa mostraram que na opinião dos professores, esses alunos têm o conteúdo desenvolvido na média, foram referidos como comunicativos e com bom relacionamento com os colegas, as queixas mais freqüentes dos professores estava, na maior parte, relacionada à dificuldade de leitura e escrita e de raciocínio matemático.

Cariola (1985) constatou em sua pesquisa, através do desenho da figura humana, que crianças com essa fissura, ao serem comparadas com crianças normais, possuem maior índice de dificuldades emocionais, uma parte desses sujeitos estudados apresentavam problemas de escolaridade e as dificuldades de aprendizagem estava associada a má adequação da criança ao ambiente escolar, e não aos fator intelectual.

Para completar essa idéia, Silva (2002) ressalta que o aluno com fissura lábiopalatina não apresenta impedimento ou empecilho em sua interação com a escola e em seu processo de ensino-aprendizagem, mas ela acredita que essa interação torna-se satisfatória a partir do momento em que se cria espaços agradáveis, onde a criança possa assimilar os conteúdos formais, com menos angústia, constrangimento e estresse.

Em sua pesquisa Tavano (1994) observou que a professora era o refúgio que a criança fissurada tinha quando se sentia frágil perante os insultos que recebia dos seus colegas, mas a professora, quando isso acontecia, apenas dirigia-se a criança para dizer-lhe que não deveria ligar para o acontecido, com isso a professora acabava deixando de se importar com o bem-estar emocional daquela criança.

“Na escola, uma criança com um membro fraturado tem muito mais certeza de receber solidária ajuda, do que outra com sentimentos fraturados” (JERSILD, 1973, p. 493).

Conforme opinião dos professores na pesquisa de Buffa (2009), o relacionamento da criança que possui essa fissura com seus colegas dependia do grau da fissura, de como ela era tratada; se a criança se sentisse bem aceita no grupo seu relacionamento fluiria com naturalidade.

Amaral (1997) assim se expressa sobre a interação professor-aluno e as expectativas do professor: “... parece claro que a deformidade facial é uma variável que influencia no julgamento do professor, embora não se possa dimensionar claramente o grau dessa influência” (p.506).

Após tal embasamento teórico podemos dizer que a professora que tem como aluno uma criança fissurada, ou com qualquer outra “diferença”, deve proporcionar a integração dessa criança com os demais alunos tentando evitar que estas sofram por parte dos colegas a visão negativa, evitando que haja apelidos negativos a respeito de sua aparência e de sua fala. Além disso, o continente que esta professora ira proporcionar é fundamental para que o aluno desenvolva a sua segurança e auto-estima.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada é do tipo revisão bibliográfica “aquela baseada na análise da literatura já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas, imprensa escrita e até eletronicamente, disponibilizada na Internet.” (SILVA & MENEZES, 2005, p. 31).

Quanto aos objetivos, a pesquisa foi Exploratória que “visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico [...] Assume, em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de caso.” (SILVA, 2004, p.1, p.15)

Com as informações obtidas na revisão bibliográfica, foi elaborada uma cartilha informativa aos professores de educação básica.

3.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA

3.2.2 As ilustrações

Como forma de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão, foi incluída algumas ilustrações na cartilha (ECHER apud REBERTE, 2008).

Foi definido que as imagens seriam coletadas em livros e em páginas eletrônicas, e as respectivas fontes seriam citadas na cartilha.

Apenas a ilustração da capa foi elaborada por um profissional do Rio de Janeiro, no qual entramos em contato e lhe passamos a idéia principal da cartilha, com isso ele a desenhou.

3.2.1 O conteúdo

Para que se sintam preparados para receber, em classes regulares, indivíduos com anomalias craniofaciais, ou qualquer outra alteração, os professores devem estar familiarizados quanto os diferentes aspectos da patologia. (STEPHAN apud DOMINGUES, 2007)

Visando a compreensão do professor acerca do que é a fissura lábiopalatina, o conteúdo levantado foi baseado na análise teórica feita neste trabalho. Com isso foi possível selecionar informações, que a própria literatura nos mostrou que seriam importantes para o conhecimento e para a prática do professor da criança com fissura lábiopalatina.

Em primeiro instante conceituamos essa malformação e em seguida foram expostas informações a respeito de aspectos emocionais, psicológicos, sociais e funcionais que envolvem tal aluno na escola.

4. RESULTADOS

4.1 A CARTILHA

Este material educativo constitui 22 páginas, impresso na cor Verde, em papel especial Vergê Verde (210X297mm), seu título é: “Alunos com Fissura Lábiopalatina: Orientações ao Professor”.

O conteúdo desta cartilha constitui apresentação inicial e na sua seqüência alguns assuntos que estão apresentados em forma de tópicos, que são os seguintes:

- A FISSURA LÁBIOPALATINA: todos os conceitos que envolvem esta deformidade;
- A IMAGEM CORPORAL: a importância e a construção da imagem corporal de crianças com fissura lábiopalatina;
- A ESCOLA E O PROFESSOR: o significado do ambiente escolar e do professor para essas crianças, aspectos cognitivos que as envolvem,
- A FALA E A ESCUTA DE CRIANÇAS COM FISSURA LÁBIOPALATINA;
- DICAS AO PROFESSOR;
- CONVERSANDO COM A CLASSE SOBRE AS DIFERENÇAS;
- LOCAIS DE TRATAMENTO NO BRASIL;
- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES;
- BIBLIOGRÁFIAS UTILIZADAS: lista de literaturas utilizadas para a elaboração deste material.

Ao todo são 38 ilustrações que a compõe, 37 retiradas de páginas eletrônicas, presentes no Google Imagens, e uma delas (Capa) desenhada por um profissional de desenhos do Rio de Janeiro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar esta cartilha foi um trabalho bastante satisfatório e gratificante, aos quais conseguimos perceber o quão importante é o professor para um aluno, seja ele com a face atípica ou não, seja ele branco ou negro, gordo ou magro, feio ou bonito, o professor é o sujeito que consegue de maneira negativa ou positiva, construir a imagem corporal do indivíduo que com ele convive e dele depende todos os dias.

Com a elaboração desta, pretendeu-se sensibilizar, conscientizar, instruir o professor da Educação Básica, e reforçar para o trabalho pedagógico em crianças com fissura lábiopalatina, sempre visando seu bom desenvolvimento.

A revisão da literatura, muito importante para a elaboração do conteúdo da cartilha, nos proporcionou maior aprofundamento do conhecimento a cerca do indivíduo com essa deformidade, que proporcionou um ganho cognitivo a cerca desse assunto e que nos possibilitou mostrar informações ricas neste material.

A inquietação inicial que fez este trabalho acontecer, que foi descobrir se a fissura lábiopalatina interfere na imagem corporal da criança com tal deformidade e nas suas relações dentro do ambiente escolar, nos fez descobrir e concluir através da literatura que a imagem corporal de crianças com fissura lábiopalatina, de certa forma, é desfavorável e que isso influencia em diversos fatores da sua vida, principalmente os sociais e de comportamento, o que deve ser levado em consideração na prática educacional.

Também pudemos perceber que o olhar do professor lançado constantemente ao aluno como forma de avaliação, também é grande responsável pela construção da sua imagem corporal, portanto é de fundamental importância que o professor evite lançar no aluno, expectativas precipitadas em relação a sua identidade.

Ainda não foi possível publicar este material elaborado, este é o próximo passo a qual pretendemos seguir, publicá-lo e distribuí-lo às escolas e professores do Estado e possivelmente do País.

Que eu consiga realizar novas pesquisas para complementar este trabalho e que possam formular estratégias de ação favoráveis para à integração e adequada construção da imagem corporal dessas crianças na escola.

Que este trabalho sirva de apoio a muitos professores e dirigentes escolares, que com ele possamos mudar realidades e até mesmo lutar com essa cultura que nos impõe sermos “perfeitos” fisicamente, que ele possa mostrar a sociedade que ser “diferente” é o que todos nós somos e mostrar que a beleza esta muito além das nossas aparências físicas, esta dentro de cada um de nós.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L.H.H. *A psicologia Organísmica, a psicologia Junguiana e a de desenhos: uma reflexão para educação física*. (Dissertação de Mestrado) Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 1999;

AMARAL, V. L. A. R. *Vivendo com uma face atípica*. (Tese de Doutorado) São Paulo: Instituto de Psicologia, USP, 1986.

_____. Aspectos Psicossociais. In: ALTMANN, E.B.C (Org) *Fissuras Labiopalatinas*. 3ª edição. Carapicuíba. Pró-Fono Departamento Editorial, p.497-510, 1997.

ANARUMA, S. M. *Encontro com o corpo: Um programa de intervenção para pessoas com problemas de excesso de peso*. (Tese de Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1995.

ANDRADE, D; ANGERAMI, ELS. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.9, n. 6, p.37-41, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7824.pdf> > acesso em 05 de novembro de 2009.

BARROS, D. D. Imagem Corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, n.2:p.547-54, maio- ago, 2005.

BASTOS, P.R.H.O; GARDENAL, M; BOGO, D. O ajustamento social do portadores de Anomalias Craniofaciais e a Práxis Humanista. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 12(2):280-288, 2008.

BECKER JR. B. *Manual de Psicologia aplicada ao Exercício & Esporte*. Porto Alegre: Edelbra, 1999.

BUFFA, M.J.M.B. *A inclusão da criança com fissura lábiopalatina no ensino regular: uma visão do professor de classe comum*. (Tese de Doutorado), Hospital de Reabilitação em Anomalias Craniofaciais, USP. 2009.

CAMPOS, Cláudia Berbert. *A tutela constitucional das pessoas portadoras de fissura labiopalatal*. (Dissertação de Mestrado) Centro de Pós-Graduação da Instituição Toledo de Ensino. Bauru: C. B. Campos, 2006.

CARIOLA, T.C. *Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana realizados por crianças com fissura labiopalatais* (Tese de Doutorado). Assis, UNESP, 1985.

CARVALHO, Q.C.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; OLIVEIRA, M.M.C.; LÚCIO, I.M.L. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v. 5, n. 3, p. 389-397, set./dez. 2006.

CAVALLARI, J. S. *O discurso avaliador do sujeito-professor na constituição da identidade do sujeito-aluno*. (Tese de doutorado), UNICAMP/IEL, 2005.

DOMINGUES, A.B.C. *Desempenho escolar de crianças com fissura lábiopalatina na visão dos professores*. (Dissertação de Mestrado). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP, 2007.

ESCALANTE, P. E. La imagen corporal em niños. Estúdio preliminar em pacientes com lábio hendido, paladar hendido o ambos. *Revista Medica*, 20:647-58, 1982.

FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 23(4), 361-371, 2005.

FIGUEIRA, E. *Os vários aspectos que envolvem as fissuras lábio-palatais e a vida de seus portadores*. Temas sobre Desenvolvimento, São Paulo - SP, v. 6, n.34,1997. Disponível em

<http://www.fapedangola.org/temas/saude/tipos_def/labiopalatais.doc> acesso em 23 de Outubro de 2009.

GENARO, K.F; FUKUSHIRO, A.P; SUGUIMOTO, M.L.F.C.P. Avaliação e tratamento dos distúrbios de fala. In: TRINDADE, I.E.K; SILVA FILHO, O.G, coordenadores. *Fissuras Lábiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. SP: Editora Santos: 109-22. 2007.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da personalidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

JERSILD, A.T. 1902. *Psicologia da Criança*, 1933. ed. Tradução de M.B.Ede e N.R. da Silva, Belo Horizonte, 1973.

KIENAS, K. *Imagem corporal dos adeptos da musculação*. (monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 1998.

LEE-MANOEL, CL; MORAIS, MSL; BUSSAB, VSR. Quem é Bom (e Eu Gosto) é Bonito: Efeitos da Familiaridade na Percepção de Atratividade Física em Pré-Escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), pp. 271-282, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14351.pdf>> acessado em 17 de setembro de 2010

MARTINS, A. N. *A percepção do corpo: O imaginário corporal da criança de 8 a 10 anos*. (Monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 1994.

MAXIMO, I.M.N.S. *Imagem Corporal: uma leitura psicopedagógica e clínica*. São Paulo: Stiliano, 1998.

NASIO, J. D. *Meu corpo e suas imagens*. Tradução André Telles. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

NAZARETH, A.G; ROCHA, C.G; CUPERTINO, R.C.B. Influência dos fatores na relação entre indivíduos portadores de fissura de lábio e/ou palato e a sociedade. *E-scientia*, v.2, n.1, dezembro, 2009.

OMOTE, S. Aparência e Competência na educação especial. *Temas Educ. Esp.* 1:11-26, 1990.

PEREIRA, A.C.M.M. *O processo de Enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina, nas diferentes fases do desenvolvimento.* (Tese Doutorado em Ciências). Hospital de Reabilitação Anomalias Craniofaciais. Universidade de São Paulo, Bauru, 2005.

REBERTE, L.M. *Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante.* (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem – USP, 2008.

RIBEIRO, F.A.Q; FREGONESE, A; RAHAL, S; RODRIGUES, P. B; BRUSCATO, W.L. Avaliação da imagem corporal em crianças e adolescentes com orelha em abano: um estudo preliminar. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia* - Vol. 24, 4: 259-262, 2006.

RUSSO, R. Imagem Corporal; construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, SP, v.5, n.6, Jan/Jun, 2005.

SANTOS, E. *Pré escola e expressão corporal.* (monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, 1996.

SCHILDER, P. *A Imagem do corpo. As energias construtivas da psique.* São Paulo: Martins Fontes. 1999.

SILVA, C. R. O. *Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático.* Fortaleza: UFC; CEFET-CE, 2004. 34 p. Disponível em: <<http://www.ufop.br/demet/metodologia.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2010.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>> acesso em 12 de março de 2010.

SILVA FILHO, O.G. da & ALMEIDA, R.R. Fissuras lábio-palatais. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, v.5, n.2, p. 7-18, jul./dez, 1992.

SILVA, G. G. DA: *A escolarização de crianças com fissura labiopalatal: um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). UFRN, 2002.

SILVA, S. C; ARANHA, M.F. Interação entre professora e alunos em salas de aula com proposta pedagógica de educação inclusiva. *Rev. bras. educ. espec.* [online]. vol.11, n.3, pp. 373-394, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382005000300005&script=sci_abstract&lng=pt> Acessado em Setembro de 2010.

SOUZA, M. J. *Família-pessoa portadora de síndrome de Down na ótica da mãe: uma contribuição para a prática de cuidar na enfermagem*. (Tese de Doutorado) – Departamento de Enfermagem, UFRJ – Rio de Janeiro, 1999.

TAVANO, L. D'A. *Análise da Integração escolar de uma criança portadora de lesão lábio-palatal*. (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências Humana. UFScar. 1994.

TAVANO, L. D'A. *Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes submetidos a tratamento multidisciplinar das fissuras lábio-palatinas no HRAC-USP* (Tese de Doutorado). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP, 2000.

TAVARES, M. C. G. C. F. *Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.

TONOCCHI, R.C; BERBERIAN, A.P; MASSI, G. A escrita de sujeitos portadores de fissura lábio-palatina. *Tuiuti: Ciência e Cultura*, n. 39, p. 41-62, Curitiba, 2008.

TRICHES, R. M., GIUGLIANI, E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Rev. Nutrição.* - vol.20 no.2 Campinas Mar./Abr., 2007.

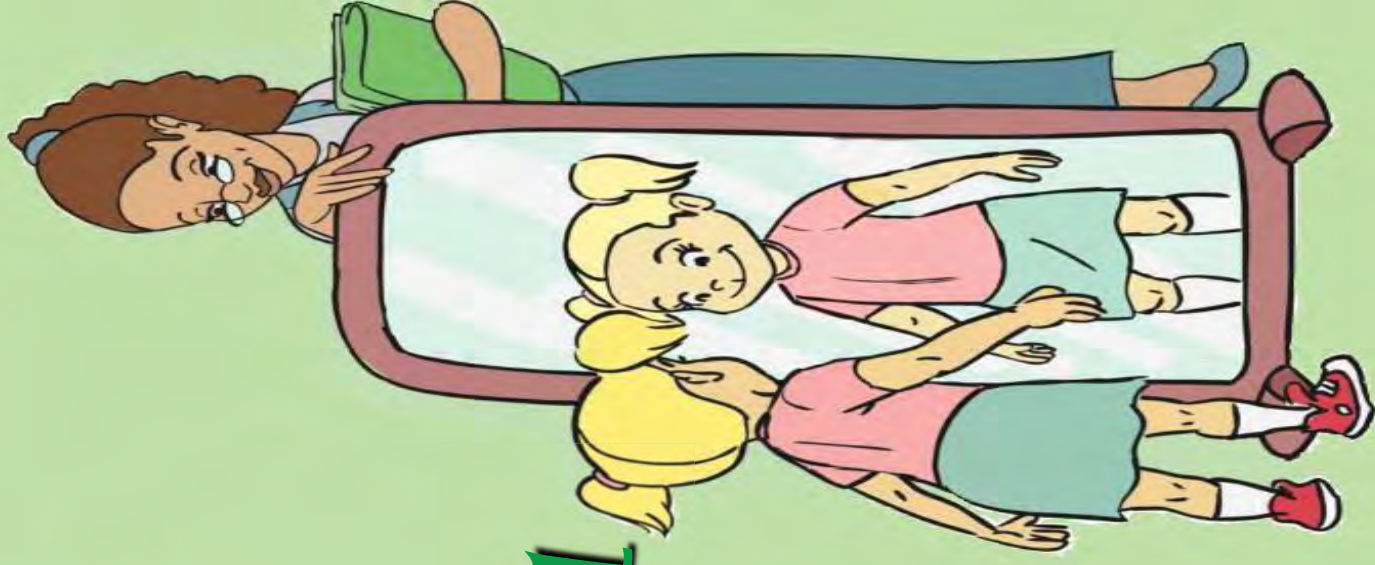
ZANATA, E. S. *A imagem corporal de crianças com distúrbio de aprendizagem.* (monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 2002.

ANEXO

A CARTILHA

ALUNOS COM FISSURA LÁBIOPALATINA

Orientações ao Professor



FICHA TÉCNICA

Este material foi produzido na Universidade Estadual Paulista (UNESP), e é destinado a todos os professores da Educação Básica. Seu objetivo é auxiliar o professor na compreensão, na integração escolar e na aprendizagem de crianças com este tipo de deformidade facial.

ELABORAÇÃO:

MARIANA DE OLIVEIRA PICELLI – Discente do curso de licenciatura em Pedagogia;
SILVIA MARINA ANARUMA – Psicóloga e docente da Unesp – Campus de Rio Claro.

CAPA:

Jefferson Barbosa Gomes Bastida – Desenhista Profissional do Rio de Janeiro.

IMAGENS DA CARTILHA:

Foram retiradas de páginas eletrônicas, mais especificamente, do “Google Imagens”.

SUMÁRIO

Apresentação.....	02
Fissura Lábiopalatina.....	03
A Imagem Corporal.....	07
A Escola e o Professor.....	10
A fala e a escuta da criança fissurada.....	13
Dicas ao Professor.....	14
Conversando com a classe sobre as diferenças.....	16
Locais de Tratamento no Brasil.....	17
Informações Complementares.....	20
Bibliografias Utilizadas.....	22

RIO CLARO, 2010.

APRESENTAÇÃO



Percebe-se atualmente a importância que se é dada à aparência física, isso faz parte da nossa cultura atual, é ela quem constantemente nos pressiona a ter e buscar o corpo “perfeito”. A escola é o primeiro local, seguido da família, onde os indivíduos se relacionam com outras pessoas, essas pessoas são determinantes para seu desenvolvimento e principalmente para o desenvolvimento da sua imagem corporal, pois estudiosos dizem que é através do julgamento do outro, que se constrói em sua mente a imagem que possui de seu próprio corpo.

Esse assunto voltado às crianças com fissura lábiopalatina, é algo que estou envolvida desde meu nascimento, pois nasci com essa deformidade facial. O que me motivou a realizar este trabalho foi o contato com outras pessoas que, assim como eu, também sofreram bastante na escola devido a este problema.

Pensando nas crianças com fissura lábiopalatina e em vocês professores e dirigentes que as acompanham diariamente em sala de aula e na escola, elaboramos este material como uma forma de auxiliá-

los na compreensão, na integração escolar e na aprendizagem de crianças com este tipo de problema.

Sabemos que as relações que se estabelecem dentro da escola, mais especificamente na sala de aula, não podem ser resumidas somente neste material, mas pode ser o começo para que o professor possa ter novos olhares do aluno com essa fissura. Também poderá estimulá-lo para que trabalhe as diferenças com seus alunos no ambiente escolar.

É importante ressaltar que as informações apresentadas neste material, foram baseadas nos principais autores da literatura científica, autores que estão citados no final da cartilha.

Mariana de Oliveira Picelli



FISSURA LÁBIOPALATINA

CONCEITO E ETIOLOGIA

A fissura lábiopalatina é também conhecida popularmente como lábio leporino e fenda palatina, esta é uma malformação congênita, ou seja, ocorre durante a gestação.

A fissura de lábio, ou lábio leporino, se refere a uma divisão no lábio superior, entre a boca e o nariz, que ocorre porque as duas partes do rosto do bebê não se uniram adequadamente durante a gestação. Os tipos de lábio leporino variam desde uma pequena fenda no lábio superior à total separação nos dois lados do lábio, atingindo até o nariz.

A fenda palatina ocorre quando o palato (o céu da boca) não se fecha completamente. Assim como o lábio leporino, apresenta graus bem variados de intensidade, que vão de uma pequena abertura no chamado palato mole à quase separação completa do céu da boca.

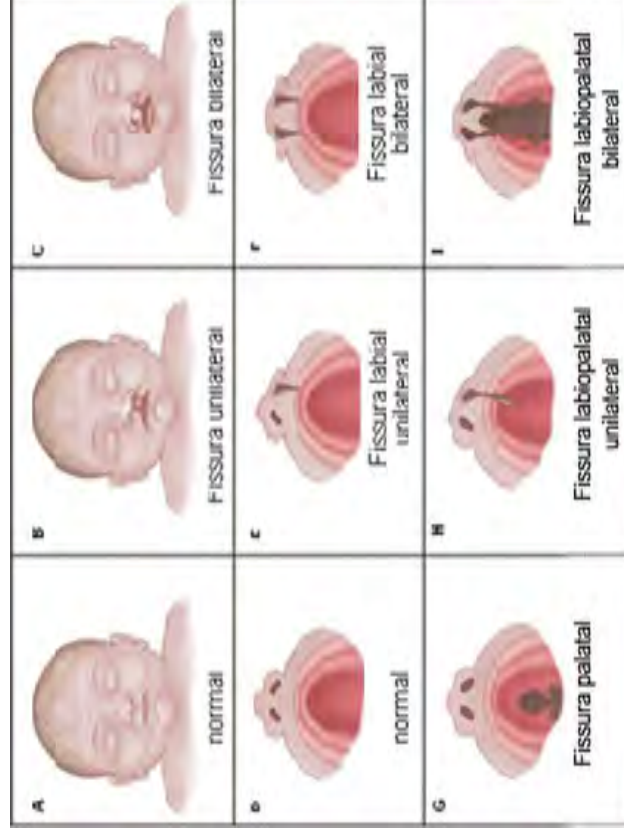
A criança pode nascer apenas com a fissura de lábio, popularmente conhecido como “lábio leporino”,

(o adjetivo Leporino devido à semelhança com o focinho fendido da lebre, Lepore no Latim), apenas com a fenda palatina (abertura no palato) ou pode nascer com ambos, o que se denomina como fissura lábiopalatina.



As fissuras podem ser:

- ↳ Unilaterais (atingem somente um lado do lábio);
- ↳ Bilaterais (fendas dos dois lados do lábio).



NATUREZA

Os estudos não encontraram uma causa específica para o nascimento de crianças com essa malformação, mas eles demonstraram que ela se dá, sobretudo, por fatores genéticos ou ambientais.

Os fatores genéticos estão associados a casos onde há na família um histórico dessa anormalidade em um dos pais, em outra criança ou num parente próximo. Mas também ficou demonstrado que pode ocorrer em famílias sem os antecedentes já mencionados.

Há também os fatores ambientais que são agrupados por:

> doenças ocorrentes no primeiro trimestre da gravidez, estando entre ela o aspecto emocional da gestante;



> a ingestão de algum tipo de remédio nos primeiros meses de gestação, como por exemplo, antiinflamatórios;

> uso de drogas, estas incluem álcool e tabaco;

> a exposição a radiação durante os primeiros meses de gravidez, estes em exames de RX;



> o contato com produtos químicos ou agrotóxicos, principalmente quem reside em área rural;

> deficiências nutricionais como de algumas vitaminas (como o ácido fólico) que interferem no processo de desenvolvimento normal do feto na gestação.

É importante ressaltar que essa malformação ocorre em qualquer grupo étnico e racial, independente do sexo e da classe socioeconômica.

PREVALÊNCIA NO BRASIL



A malformação congênita Lábiopalatal está entre as mais frequentes deformidades faciais, esta acontece entre a 3ª e 4ª semana de gestação.

No Brasil esta deformidade ocorre, na ordem de 1 para cada 650 nascimentos. Os aspectos genéticos correspondem apenas a 30% dos casos, sendo o restante voltado a aspectos ambientais.

PROBLEMAS DECORRENTES

Esses defeitos acarretam problemas funcionais e físicos que comprometem a saúde, pois acarretam alguns distúrbios como:

- > Dificuldade mastigatória, devido a alguns desarranjos na arcada dentária;
- > Infecções no ouvido com maior frequência, pois devido à abertura no céu da boca há a entrada de líquidos neste canal;
- > Distúrbios respiratórios e de deglutição;
- > Dificuldade de comunicação (fala e audição).

Há também o problema físico ou estético, em que o comprometimento da face pode gerar grandes dificuldades do convívio social.

TRATAMENTO

O tratamento feito em pessoas com fissura lábiopalatina é longo e realizado por equipes interdisciplinares. As pessoas são submetidas à intervenções cirúrgicas desde os três meses de vida. A quantidade e tipos de cirurgia variam de acordo com a complexidade das fissuras.

O tratamento das fissuras labiopalatais exige inúmeras intervenções especializadas, para favorecer o crescimento e o desenvolvimento da face e suas funções, como da parte odontológica que recupera a arcada dentária, cirurgias plásticas, fisioterapias, prótese, dentre outras.



ALIMENTAÇÃO

No caso da fenda se estender até o palato, há maior risco das crianças aspirarem o alimento provocando infecções como otites (Inflamação no ouvido) e pneumonias. As otites podem causar prejuízos no desenvolvimento da fala e linguagem. As anemias também são frequentes nas fissuras lábiopalatinas, normalmente solucionáveis com uma dieta balanceada e sulfato ferroso.

A criança que é submetida à cirurgia para correção, deve se manter por um tempo determinado com dietas líquidas, ou seja, só pode comer alimentos líquidos (sopas batidas no liquidificador e peneiradas, leite, suco, yogurt, enfim) não podendo comer nada sólido, em relação ao tempo, ele varia conforme as indicações do nutricionista.

A IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal é a forma como nosso corpo se apresenta para nós, é o modo como o imaginamos em nossa mente. Essa consciência que temos acerca do nosso corpo é fruto de experiências emocionais e psicológicas vivenciadas ao longo de uma vida, algo que afeta e modifica o mesmo, é o modo como agimos e sentimos o mundo. A imagem corporal está em conexão com a identidade da pessoa e é ela quem norteia as relações do homem com o mundo.

A imagem de nosso corpo que se forma em nossa mente só é possível no contato com o outro. Há constantemente uma relação entre nossa imagem corporal e a imagem corporal dos outros.



Sendo assim, percebemos o quão importante é a imagem que o indivíduo tem de seu próprio corpo. O mesmo valor se atribui à sua construção principalmente na infância.

Para que o desenvolvimento aconteça de maneira integrada e positiva é necessário que o indivíduo tenha possibilidade de reconhecer sua presença real e sentir que é valorizado pela sua singularidade.

A imagem corporal da criança irá tomar forma na escola através das experiências e do convívio que ela terá, sendo necessário que seu corpo possa se movimentar como um ser em expressão.



A imagem corporal muda a cada novo dia, pois todos os dias vivenciamos coisas novas. É a partir do movimento, que a criança começa a descobrir sua auto-imagem e sua relação com o mundo se torna mais significativa.

A construção e o desenvolvimento da imagem corporal envolvem, portanto, diversos fatores que são

de grande importância para o crescimento, desenvolvimento e relacionamento do indivíduo no grupo social e cultural que se insere. Sendo assim, se o processo formativo da imagem corporal não ocorrer adequadamente é provável que isto implique em algumas consequências, daí a importância de conhecê-las para evitá-las

Os portadores de fissuras apresentam reações variadas que vão desde a indiferença e timidez até a agressividade e isso se dá pelo fato deles passarem a ter consciência que são diferentes. Também o que influencia suas reações é a rejeição inicial da família em relação a sua deformidade. As proporções passam a ser maiores a partir do momento em que se ampliam as relações sociais.

Um dos canais de comunicação mais importantes para nos relacionarmos com as pessoas é olhar.

A criança “diferente”, no caso com fissura lábiopalatina, encontra dificuldades em estabelecer relações com outras pessoas. Isso é nítido na escola. E esta dificuldade reflete na construção da imagem, onde sua imagem, que depende do julgamento do outro, através do seu olhar. O olhar julga, aceita, rejeita, e por isso, é visto como algo invasivo para esta criança. Daí a sua dificuldade de olhar nos olhos do outro.

Devido à importância dada à beleza física na atual sociedade, estudos mostram que há maior índice de insatisfação com



a aparência física em crianças portadoras de fissura lábiopalatina do que o manifestado pelo grupo de crianças normais. Quanto a questão de gênero, as meninas têm mostrado maior índice de ansiedade, infelicidade e maior insatisfação.



As crianças com fissura lábiopalatina podem sofrer desajuste social, em função de sua fala ser comprometida e também por danos estéticos. Tais crianças acabam recebendo alguns adjetivos desrespeitosos por parte dos seus companheiros e para encobrir o receio de ser motivo de gozação, a criança pode tornar-se silenciosa e indiferente. Isso acaba gerando na criança uma imagem distorcida de si mesma.



A imagem corporal de crianças com fissura lábiopalatina, de certa forma, é desfavorável, o que acaba influenciando em diversos fatores de sua vida, principalmente sociais e psicológicos, o que deve ser levado em consideração na prática educacional.



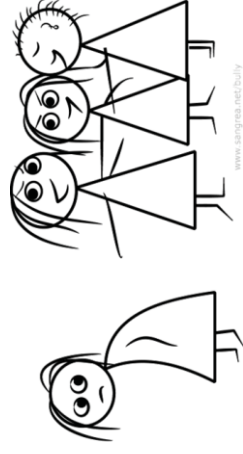
A ESCOLA E O PROFESSOR



A escola, ao lado da família, é o local que terá maior influência na vida da criança com fissura. É neste ambiente que ela terá novos relacionamentos, terá que enfrentar olhares e julgamentos, influenciados pela sua aparência física. E isto explica a sua timidez, recolhimento indiferente ou agressividade.

A criança acaba relacionando a discriminação que sofre pelo meio social com a sua “diferença” física, o que pode influenciar no seu desenvolvimento acadêmico, social e emocional.

Nos primeiros dias de aula dessa criança ela enfrenta olhares curiosos, comentários, cochichos e expressões variadas na sala e no recreio. essa vivência pode mobilizar como defesa, a agressividade por parte delas.



É na sala de aula que as relações entre professor e aluno tornam-se efetivas, portanto, o modo de ser, a forma de pensar, agir e sentir do professor reflete no comportamento do aluno, assim como as imagens e a concepção do aluno em relação ao professor também interferem na ação do professor.

Assim, a expectativa do professor sobre o aluno

pode influenciar no seu rendimento escolar. A primeira impressão que o professor tem de uma criança com fissura



lábiopalatina possui grande influência no processo de enfrentamento desta criança ao ser inserida em um contexto escolar.

Os estudos afirmam que não existe uma correlação entre deformidade facial e competência intelectual. O que acontece é que o rendimento acadêmico é influenciado por múltiplos fatores, entre

os quais a figura e a expectativa do professor se fazem presente, isso sim justificaria a falta de rendimento na escola por parte dos alunos.

Outra questão é que sendo a imagem de si é constituída por intermédio do outro, o professor tem um importante papel na identificação e no reconhecimento do aluno.

O aluno com fissura lábiopalatina não apresenta impedimento ou empecilho em sua interação com a

escola e em seu processo de ensino-aprendizagem. Essa interação torna-se satisfatória, a partir do momento em que se

criem espaços agradáveis, onde a criança possa assimilar os conteúdos formais, com menos angústia, constrangimento e estresse.



O professor é o refúgio que a criança fissurada tem quando se sente frágil perante os insultos que recebe dos seus colegas. Quando o professor apenas responde com um “ não dê bola pra isso”, ele acaba deixando de se importar com o bem-estar emocional daquela criança. Daí a importância da ação do professor nestes momentos e que ele vai mostrar ao grupo que as diferenças existem e que devem ser respeitadas.



Se a criança se sentir bem aceita no grupo, seu relacionamento fluirá com naturalidade e a forma como ela é tratada faz toda a diferença.

Podemos dizer que o professor que tem como aluno uma criança fissurada, ou com qualquer outra “diferença”, deve proporcionar a integração dessa criança com os demais alunos tentando evitar que

elas sofram por parte dos colegas expectativas e julgamentos negativos, evitando que haja apelidos negativos a respeito de sua aparência e de sua fala, através de suas ações.

O professor é um elemento muito importante no processo de inclusão dos alunos.



A FALA E A ESCUTA DA CRIANÇA COM FISSURA

Estudos dizem que o desenvolvimento da linguagem nas crianças com fissura lábiopalatina é similar ao de qualquer outra criança, mas alguns fatores ambientais, culturais e emocionais podem interferir em seu desenvolvimento. Além disso, o fato de haver hospitalizações freqüentes, superproteção ou falta de estímulos são fatores que afetam diretamente na sua linguagem.



A fissura lábiopalatina pode comprometer a tuba auditiva e contribuir para a ocorrência de alterações auditivas. Essas alterações podem prejudicar o desenvolvimento de habilidades auditivas necessárias para o aprendizado da comunicação oral e escrita, por isso, é preciso que haja uma avaliação precoce de audição nesses indivíduos para não ocorrer um atraso de linguagem.

O distúrbio da fala é um dos problemas mais marcantes e presentes em muitas crianças com a fissura, o que repercute negativamente junto à sociedade. As características deste distúrbio são:

- *Hipernasalidade;*
- *Emissão de ar nasal;*
- *Ronco nasal;*
- *Mímica facial.*

Nos casos de fissuras que acometem somente o lábio, geralmente não se observam graves comprometimentos na linguagem oral, já quando a fissura acomete o lábio e o palato, ou somente o palato, pode ocorrer vários comprometimentos na oralidade.

As alterações apresentadas na fala da criança com fissura não interferem no seu processo de apropriação da escrita.

Vários fatores podem influenciar negativa ou positivamente no desenvolvimento da linguagem da criança com fissura lábiopalatina, ou seja, se essa criança apresentar algum atraso de linguagem, esse atraso pode ser resultante das atitudes inadequadas da família e do meio social no qual se insere.



DICAS AO PROFESSOR



- Respeitar e compreender as limitações de fala da criança fissurada;
- Proporcionar constantemente atividades de leitura (silenciosa e oral), como forma de desenvolver a linguagem;

- Atentar-se as diferenças dos alunos;
- Organizar as carteiras de forma que haja interação constante entre os alunos em diferentes níveis;
- Auxiliá-los a se desenvolver, para terem uma participação linguística no seu meio social, encorajando-o, estimulando-o e promovendo, para que manifestem a sua “voz”, pois a criança não deve se calar e nem se reprimir, deve sempre se expressar.



- Promover debates, dinâmicas de grupo, música, poesia, como maneira de proporcionar aos alunos a oportunidade de pensar e viver o seu corpo;

- O trabalho com o corpo pode ser percebido também com teatros e/ou com narrações de histórias feitas pelas crianças;

- Propor atividades abertas e diversificadas, que possam ser abordadas por diferentes níveis de compreensão, de conhecimento e desempenho escolar;



- Proporcionar a construção dos conhecimentos, deixando de ser um palestrante e tornando-se um professor que propicia a interação e a construção de valores e atitudes;
- Explorar as capacidades e predisposições naturais de cada aluno;
- Considerar os conhecimentos prévios de cada criança e que todo o aluno pode aprender, cada um no seu tempo e do seu modo;
- O corpo deve ser percebido como integrante principal do processo de aprendizagem, pois é este a fonte de aprendizado e de prazer;

- É importante que a escola fique atenta às potencialidades que o corpo traz para a educação, ela deve respeitar as necessidades e as bagagens que o aluno traz consigo, respeitar o que quer saber, e constantemente lhe passar coragem para questionar, ser curioso, e para o prazer de aprender.



*“Aprender demanda um corpo presente, vivo, integrado, que desencadeia uma **IMAGEM CORPORAL** positiva, contribuindo para uma personalidade sadia, livre, criativa e com interação equilibrada consigo mesmo e com o outro.”*

Izabel Maria Maximo.



CONVERSANDO COM A CLASSE SOBRE AS DIFERENÇAS

O trabalho com crianças “diferentes” em sala de aula é algo que ocorre em todas as salas de aula do mundo inteiro, pois sabemos que cada um de nós somos diferentes, apesar das nossas aparentes semelhanças. Por isso, é de grande importância enfatizar no grupo de trabalho, seja com os alunos, seja com os funcionários da escola, o preparo para a convivência na diversidade, enfatizando a importância das diferenças entre indivíduos. Isto porque a diversidade constitui a base do desenvolvimento das relações humanas, já que somos todos diferentes uns dos outros, o que não faz de ninguém melhor ou pior como pessoa.

Os comportamentos de rejeição e de superproteção à diferença devem ser desvelados, discutidos, compreendidos e modificados, inclusive como parte da ação educativa da escola, que é formar cidadãos ativos, conscientes, críticos e responsáveis.

Como qualquer outro conteúdo pedagógico, é importante que o professor inicie um diálogo a partir das vivências concretas de seus alunos a respeito das

pessoas com deficiência ou aparentemente “anormais”.

É a partir das atitudes de respeito e dignidade do professor, que os alunos terão um bom exemplo a seguir e isso, com certeza, irá fortalecer as relações estabelecidas entre aluno-aluno e aluno-professor, com o respeito à diversidade.



LOCAIS DE TRATAMENTO NO BRASIL

CIDADE DE SÃO PAULO E GRANDE SP

CENTRO

– **Santa Casa ISCMSP** Dpt. ORL Setor de terapia Fonoaudiológica
R. Jaguaripe, 355 cep 01221-012 Tel (11)2176-7000
Email fonoaudiologia@santacasasp.org.br
www.santacasasp.org.br

ZONA OESTE

– **Instituto CEFAC**
Av. Dr. Arnaldo, 2105, tel (11) 3675-3637
e-mail: contato@institutocefac.org.br
www.institutocefac.org.br

– Hospital das Clínicas

Av. Erneás de Carvalho Aguiar, 255, Cep 05403-000
Prédio dos Ambulatórios, 6º andar, conj.1, Ambulatório de Cirurgia Plástica, Cirurgia Craniofacial
Tel: (11)3069-6481

ZONA SUL

– **Hospital dos defeitos da face**
Av Moreira Guimarães, 699, cep 04074-031
Tel (11) 5056-0100
– **Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz**
R. Santa Cruz, 398, Cep 04122-000
Tel; (11)5549-4400/5575-9863
e-mail icpsc@terra.com.br

– Hospital São Paulo

R. Napoleão de Barros, Cep 04024-002
Tel: (11) 5576-4000 Fax (11)5572-9397
www.unifesp.br/spdm/hsp

ABC

– **Funcraf Grande ABC**
Av. Senador Flaquer, 130, S. Bernardo Campo, Cep 09725-440
Tel: (11)4122 6100 E-mail: funcraf_abc@terra.com.br

INTERIOR DE SÃO PAULO

BAURU

– **Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) USP**
R. Silvio Marchione, 3-20 Caixa Postal 1501, Cep 17043-900
Tel: (14) 3235-8000 fax (14)3234-7818
www.centrinho.usp.br

CAMPINAS

– **SOBRAPAR**
R. Adolfo Lutz, 100, Cidade Universitária “Zeferino Vaz” Cep 13084-880
Tel: (19)3749-9700 www.sobrapar.org.br

ITARARÉ

– Funcraf

R. Dr. Pedro de Alencar, 295, Cep 18460-000

Tel (15)35313217

e-mail funcraf_amabile@terra.com.br

MOGI DAS CRUZES

– APAFI/MC Associação de Pais e Amigos dos Portadores de Fissuras Lábio-Palatais de Mogi das Cruzes

R. Salvador Cabral, 240, Cep 08770-320

Tel (11) 4791-1394

E-mail apafimc@ig.com.br

REGIÃO NORTE

AMAZONAS

– Fundação Centro de Controle de Oncologia

Centro Referencial de Tratamento das Lesões Lábio-Palatais

R. Francisco Orellana, 215, Manaus, Cep 96040-010

Tel (92)3238-2102, (92)3656-1211

e-mail laccam@yahoo.com.br

PARÁ

–Hospital Ofir Loyola

Av. Magalhães Barata, 992, Belém, Cep 66063-240

Tel: (91) 289-1000 Fax (91)289-1001

e-mail ascomhol@hotmail.com

REGIÃO NORDESTE

BAHIA

– Centrinho Obras Sociais Irmã Dulce

Av. Bonfim, 161, Salvador, Cep 40415-000

Tel (71)3310-1280

e-mail centrinho@irmadulce.org.br

CEARÁ

– Hospital Geral de Fortaleza

R. Ávila Goulart, 900, Fortaleza

Tel (85) 3101-3247, (85)3101-3272

– Hospital Infantil Albert Sabin

NAIF Núcleo de Atendimento Integrado ao Fissurado

R. Tertuliano Sales, 544, Fortaleza, Cep 60410-790

Tel (85)3101-4214

– NAMI Núcleo de Atenção Médica Integrada,

Universidade de Fortaleza (Unifor)

Av. Washington Soares, 1321, Fortaleza,

Cep 60811-905 Tel (85) 3477-3000

Fax (85)34773055

e-mail reitoria@unifor.br

www.unifor.br

REGIÃO CENTRO-OESTE

BRASÍLIA

– CASUBRA Centro Universitário Planalto do Distrito Federal

SGAS 913, Lotes 54/55, Asa Sul, Parte, Bloco H, Cep 70390-130

MATO GROSSO DO SUL

– Funcraf
R. 14 de julho, 4827, Campo Grande, Cep 79010-470
Tel (67)356-0979
e-mail funcraf@terra.com.br

REGIÃO SUDESTE MINAS GERAIS

– CENTRARE Centro de Tratamento e Reabilitação das Fissuras Lábio-palatais e Deformidades Craniofaciais (Hospital da Baleia/ PUCMINAS)
R. Juramento, 1464, Belo Horizonte, Cep 30285-000
Tel (31) 3482-2213
E-mail centrare@pucminas.br
www.pucminas.br/centrare

ESPIRITO SANTO

– Profis Vitória– Associação de Pais e Portadores de Fissuras Labiopalatais e Dismorfias Craniofaciais do Estado do Espírito Santo
R. Gabriel Abaurre, 57, Vitória, Cep 29042-780
Tel (27) 3322-8261, (27)3323-4915
E-mail profisdevitoria@ig.com.br
www.profisvitoria.com.br

REGIÃO SUL PARANÁ

– CAIF Centro de Atendimento ao Fissurado Lábio-Palatal
Av. Republica Argentina, 4334, Curitiba, Cep 81050-000
Tel (41) 3247-1137 fax(41) 3246-6716
E-mail caif@pr.gov.br

– AFIM Associação de Apoio ao Fissurado Labiopalatal de Maringá
R. Pitanga, 463, Maringá, Cep 87080-730
Tel (44)3225-1785

SANTA CATARINA

– Centrinho Prefeito Luiz Gomes
R. Borba Gato, s/nº, Atiradores, Joinville, SC, Cep 89203-020
Tel (47) 433-1800 e-mail centrinho@joinville.sc.gov.br

PARA ENCONTRAR MAIS LOCAIS VISITE:

www.redeprofis.com.br/associações

Essas Informações foram retiradas do livro: “Menino Sorrisos” de Cláudia Cotes e Midori Hanayama.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

↳ Projeto Políticas Públicas para à fissura lábiopalatina:



A Operação Sorriso do Brasil foi criada e desenvolvida com o propósito de oferecer uma chance aos pacientes com este tipo de deformidade de uma reabilitação social completa. Com o propósito principal de atuar nos locais mais carentes, onde a possibilidade de cirurgias reparadoras sejam remotas, ou onde o número de pacientes seja maior do que a capacidade local de tratá-los, a organização oferece tratamento cirúrgico e se propõe a promover

cursos de educação continuada em todos os segmentos das comunidades envolvidas no tratamento destes pacientes.



- ↳ Livro *Menino Sorrisos*: onde as fonoaudiólogas Cláudia Cotes e Midori Hanayama resolveram retratar, de forma lúdica, o universo das crianças que nascem com fissura lábiopalatina



- ↳ Há na internet algumas matérias voltadas também a indivíduos com Fissura Lábiopalatina

REDETV - Eficiência Máxima

<http://www.redeTV.com.br/Video.aspx?124,28,121786,Entretenimento,Manha-Maior,Entenda-como-vivem-as-pessoas-com-labio-leporino>



GLOBO UNIVERSIDADE

http://globouniversidade.globo.com/Portal/globouniversidade/pop/tvglobouniversidade_pop_videos/0,,PGU_15_mai_2010_00.html

GLOBO – Mais Você

<http://maisvoce.globo.com/MaisVoce/0,,MUL1283942-10344,00-CIRURGIA+PARA+CORRIGIR+LABIO+LEPORINO+E+SOLUCAO+PARA+CRIANCAS.html>

REDE RECORD

<http://noticias.r7.com/vestibular-e-concursos/noticias/menino-de-12-anos-sofre-bullying-em-um-dos-melhores-colegios-do-brasil-20100602.html>



BIBLIOGRAFIAS UTILIZADAS

- ALMEIDA, L.H.H. *A psicologia Organísmica, a psicologia Junguiana e a de desenhos: uma reflexão para educação física*. (Dissertação de Mestrado) Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 1999;
- AMARAL, V. L. A. R. *Vivendo com uma face atípica*. (Tese de Doutorado) São Paulo: Instituto de Psicologia, USP, 1986.
- _____. Aspectos Psicossociais. In: ALTMANN, E.B.C (Org) *Fissuras Labiopalatinas*. 3ª edição. Carapicuíba. Pró-Fono Departamento Editorial, p.497-510, 1997.
- ANARUMA, S. M. *Encontro com o corpo: Um programa de intervenção para pessoas com problemas de excesso de peso*. (Tese de Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1995.
- ANDRADE, D; ANGERAMI, ELS. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.9, n. 6, p.37-41, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7824.pdf>> acessado em novembro de 2009.
- BECKER JR. B. Manual de Psicologia aplicada ao Exercício & Esporte. Porto Alegre: Edelbra, 1999.
- BARROS, D. D. Imagem Corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, n.2, p.547-54, maio-ago, 2005.
- BASTOS, P.R.H.O; GARDENAL, M; BOGO, D. O ajustamento social do portadores de Anomalias Craniofaciais e a Práxis Humanista. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. V.12, n.2, p.280-288, 2008.
- BUFFA, M.J.M.B. *A inclusão da criança com fissura lábiopalatina no ensino regular: uma visão do professor de classe comum*. (Tese de Doutorado), Hospital de Reabilitação em Anomalias Craniofaciais, USP. 2009.
- CAMPOS, Cláudia Berbert. *A tutela constitucional das pessoas portadoras de fissura labiopalatal*. (Dissertação de Mestrado) Centro de Pós-Graduação da Instituição Toledo de Ensino. Bauru: C. B. Campos, 2006.
- CARIOLA, T.C. *Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana realizados por crianças com fissura labiopalatais* (Tese de Doutorado). Assis, UNESP, 1985.
- CARVALHO, Q.C.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; OLIVEIRA, M.M.C.; LÚCIO, I.M.L. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v.5, n. 3, p. 389-397, set./dez. 2006.
- CAVALLARI, J. S. *O discurso avaliador do sujeito-professor na constituição da identidade do sujeito-aluno*. (Tese de doutorado), UNICAMP/IEL, 2005.
- DOMINGUES, A.B.C. *Desempenho escolar de crianças com fissura lábiopalatina na visão dos professores*. (Dissertação de Mestrado). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP, 2007.
- ESCALANTE, P. E. La imagen corporal em niños. Estudio preliminar em pacientes com lábio hendido, paladar hendido o ambos. *Revista Medica*, 20:647-58, 1982.
- FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, v. 23, n. 4, p. 361-371, 2005.
- FIGUEIRA, E. *Os vários aspectos que envolvem as fissuras lábio-palatais e a vida de seus portadores*. Temas sobre Desenvolvimento, São Paulo - SP, v. 6, n.34, 1997. Disponível em <http://www.fapedangola.org/temas/saude/tipos_def/labiopalatais.d> acessado em Outubro de 2009.
- GENARO, K.F; FUKUSHIRO, A.P; SUGUIMOTO, M.L.F.C.P. Avaliação e tratamento dos distúrbios de fala. In: TRINDADE, I.E.K; SILVA FILHO, O.G, coordenadores. *Fissuras Lábiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. SP: Editora Santos: 109-22. 2007.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da personalidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- JERSILD, A.T. 1902. *Psicologia da Criança*, 1933. ed. Tradução de M.B.Ede e N.R. da Silva, Belo Horizonte, 1973.
- KIENAS, K. *Imagem corporal dos adeptos da musculação*. (monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 1998.
- LEE-MANOEL, CL; MORAIS, MSL; BUSSAB, VSR. Quem é Bom (e Eu Gosto) é Bonito: Efeitos da Familiaridade na Percepção de Atratividade Física em Pré-Escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), pp. 271-282, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prcv/v15n2/14351.pdf>> acessado em 17 de setembro de 2010
- MANOEL, R.R; FENIMAN, M.R; BUFFA, M.J.M.B; MAXIMINO, P; LAURIS, J.R.P; FREITAS, et. al. Escuta de Crianças com Fissura Lábiopalatina na Escola. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 14(3): 280-287. 2010.

- MARTINS, A. N. *A percepção do corpo: O imaginário corporal da criança de 8 a 10 anos*. (Monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 1994.
- MAXIMO, I.M.N.S. *Imagem Corporal: uma leitura psicopedagógica e clínica*. São Paulo: Stiliano, 1998.
- NASIO, J. D. *Meu corpo e suas imagens*. Tradução André Telles. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- NAZARETH, A.G; ROCHA, C.G; CUPERTINO, R.C.B. Influência dos fatores na relação entre indivíduos portadores de fissura de lábio e/ou palato e a sociedade. *E-sciência*, v.2, n.1, dezembro, 2009.
- OMOTE, S. Aparência e Competência na educação especial. *Temas Educ. Esp.* 1:11-26, 1990.
- PEREIRA, A.C.M.M. *O processo de Enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina, nas diferentes fases do desenvolvimento*. (Tese Doutorado em Ciências). Hospital de Reabilitação Anomalias Craniofaciais. Universidade de São Paulo, Bauru, 2005.
- RIBEIRO, F.A.Q; FREGONESE, A; RAHAL, S; RODRIGUES, P. B; BRUSCATO, W.L. Avaliação da imagem corporal em crianças e adolescentes com orelha em abano: um estudo preliminar. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia* - Vol. 24, 4: 259-262, 2006.
- RUSSO, R. Imagem Corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, SP, v.5, n.6, Jan/Jun, 2005.
- SANTOS, E. *Pré escola e expressão corporal*. (monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, 1996.
- SCHILDER, P. *A Imagem do corpo. As energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes. 1999.
- SILVA, G. G. DA: *A escolarização de crianças com fissura labiopalatal: um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). UFRN, 2002.
- SILVA, S.C; ARANHA, M.F. Interação entre professora e alunos em salas de aula com proposta pedagógica de educação inclusiva. *Rev. bras. educ. espec.* [online]. vol.11, n.3, pp. 373-394, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382005000300005&script=sci_abstract&lng=pt> Acessado em Setembro de 2010.
- SILVA FILHO, O.G. da & ALMEIDA, R.R. Fissuras lábio-palatais. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, v.5, n.2, p. 7-18, jul./dez, 1992.
- SOUZA, M. J. *Família-pessoa portadora de síndrome de Down na ótica da mãe: uma contribuição para a prática de cuidar na enfermagem*. (Tese de Doutorado) – Departamento de Enfermagem, UFRJ – Rio de Janeiro, 1999.
- TAVANO, L. D'A. *Análise da Integração escolar de uma criança portadora de lesão lábio-palatal*. (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências Humanas. UFScar. 1994.
- TAVANO, L. D'A. *Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes submetidos a tratamento multidisciplinar das fissuras lábio-palatinas no HRAC-USP* (Tese de Doutorado). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP, 2000.
- TAVARES, M. C. G. C. F. *Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.
- TONOCCHI, R.C; BERBERIAN, A.P; MASSI, G. A escrita de sujeitos portadores de fissura lábio-palatina. *Tuiuti: Ciência e Cultura*, n. 39, p. 41-62, Curitiba, 2008.
- TRICHES, R. M., GIUGLIANI, E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Rev. Nutrição*. - vol.20 no.2 Campinas Mar./Abr., 2007.
- ZANATA, E. S. *A imagem corporal de crianças com distúrbio de aprendizagem*. (monografia). Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP, 2002.

