

Programa de Extensão para atendimento das fissuras labiopalatinas: atendimento fonoaudiológico

Extension program for care of cleft lip and palate: speech therapy

Programa de Extensão para cuidado del labio leporino y paladar hendido: terapia del habla

Recebido: 19/04/2022 | Revisado: 27/04/2022 | Aceito: 02/05/2022 | Publicado: 04/05/2022

Alessandra Fraga Da Ré

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2949-920X>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: alle.fraga@gmail.com

Gabriela Ribeiro Schilling

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9403-1996>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: gabrielar.schilling@gmail.com

Consuelo de los Angeles Vielma Sepulveda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5121-408X>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: fonoaudiologaconsuelo.vielma@gmail.com

Cristina Martins Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8387-4798>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: cristinamatinsds@gmail.com

Carolina Pacheco Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3297-8647>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: carol.pacheco.ferreira@gmail.com

Geovana Pacheco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7095-7447>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: geovanapacheco0408@gmail.com

Gabriela Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2049-4250>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: gmmedeiros1992@gmail.com

Victória Côrrea de Quadros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1775-5763>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: victoriacquadros@gmail.com

Marcia Salgado Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8739-8976>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: marciasm@ufcsa.edu.br

Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0954-8174>
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
E-mail: mccardoso@ufcsa.edu.br

Resumo

Objetivo: Apresentar as etapas de atendimento fonoaudiológico como uma proposta de programa para atenção à saúde de crianças e adolescentes com Fissuras Labiopalatinas. **Métodos:** Relato de experiência de atuação de acadêmicos e pós-graduandos em um projeto de extensão direcionado ao atendimento de crianças com Fissuras Labiopalatinas. **Resultados:** Foram apresentadas as ações fonoaudiológicas que acontecem de acordo com a faixa etária do indivíduo (0-12 meses; 12-24 meses; 24-48 meses; 48 meses – 18 anos). Em todas as etapas do programa estão presentes a avaliação da motricidade orofacial, da fala, da deglutição, do desenvolvimento neuropsicológico e da audição, para que as funções alteradas possam ser habilitadas e reabilitadas precocemente. **Conclusões:** Este trabalho demonstrou a importância de um programa de extensão e acompanhamento fonoaudiológico para a assistência à saúde de crianças com fissuras no início da vida até os 18 anos. Além disso, as atividades do projeto de extensão contribuíram para o conhecimento das acadêmicas e das profissionais de fonoaudiologia sobre as Fissuras Labiopalatinas.

Palavras-chave: Fenda labial; Fissura palatina; Assistência integral à saúde; Serviços de saúde da criança.

Abstract

Objective: To present the stages of speech therapy as proposal for a program for health care for children and adolescents with Cleft Lip and Palate. **Methods:** Report of experience of the performance of academics and graduate students in an extension project aimed at the care of children and teenagers with Cleft Lip and Palate. **Results:** Speech-language pathology actions were presented that take place according to the age group of the individual were presented (0-12 months; 12-24 months; 24-48 months; 48 months - 18 years). The assessment of orofacial motricity, speech, swallowing, neuropsychological development and hearing is present at all stages of the program, so that altered functions can be qualified and rehabilitated early. **Conclusions:** this study demonstrated the importance of extension programs and speech-language pathology follow-up for the health care of children with clefts in the beginning of life up to 18 years of age. In addition, the activities of the extension project contributed to the knowledge of academics and speech-language pathology professionals about cleft.

Keywords: Cleft lip; Cleft palate; Comprehensive health care; Child health service.

Resumen

Objetivo: Presentar etapas de terapia del habla como propuesta para un programa de atención en salud para niños y adolescentes con labio y paladar hendidos. **Métodos:** Informe de experiencia en el desempeño de estudiantes académicos y graduados en un proyecto de extensión dirigido al cuidado de niños con labio y paladar hendidos. **Resultados:** Se presentaron las acciones fonoaudiológicas que se desarrollan según el grupo etario del individuo (0-12 meses; 12-24 meses; 24-48 meses; 48 meses - 18 años). Todas etapas del programa está presente la evaluación del desarrollo motor orofacial, habla, deglución, neuropsicológico y audición, para que funciones alteradas puedan ser calificadas y rehabilitadas a tiempo. **Conclusiones:** este estudio demostró la importancia del programa de extensión y seguimiento patología del habla y lenguaje para atención de niños con labio y paladar hendidos en el inicio de la vida hasta los 18 años. Las actividades del proyecto de extensión contribuyeron al conocimiento de profesionales académicos y de patología del habla y lenguaje sobre la malformación.

Palabras clave: Labio hendido; Paladar hendido; Atención integral de salud; Servicios de salud infantil.

1. Introdução

As Fissuras Labiopalatinas (FLP) são malformações congênitas, de origem multifatorial, que podem comprometer os lábios e/ou palato. Sua prevalência mundial é de 1,53 casos a cada mil nascidos vivos. No Brasil, varia entre 0,19 a 1,54 a cada mil nascidos vivos (Souza-Freitas et al., 2004; Martelli et al., 2012).

Segundo Ribeiro e Moreira (2005), o comprometimento do lábio ocorre pela falta de fusão do processo frontonasal com o processo maxilar entre a quarta e a oitava semana de vida intrauterina. Já o do palato, ocorre pela falha de penetração do tecido mesodérmico no sulco ectodérmico na linha média do palato posterior a lateral da pré-maxila.

Existem diferentes formas de classificação das FLP. O modelo de Spina (1973) é definido pela extensão da fissura e usa como referência anatômica o forame incisivo, separando-as em: fissura pré-forame incisivo (lábio e arcada alveolar, até o forame incisivo), podendo ser bilateral ou unilateral, completa ou incompleta; fissura pós-forame incisivo (palato duro e mole), completa ou incompleta; fissura transforame incisivo (lábio, arcada alveolar, palato duro e mole), podendo ser uni ou bilateral. Complementando esta classificação encontra-se em Gardenal (2011) as fissuras raras, que comprometem outras estruturas faciais, assim como, da ocorrência de fissura de palato submucosa, onde ocorre a junção apenas de tecido mucoso e há deficiência em musculatura e tecido ósseo.

O tratamento para os indivíduos com FLP deve ser iniciado ao nascimento e, em alguns casos, dependendo do grau de acometimento da fissura, até a fase adulta, passando por várias cirurgias corretivas e estéticas (Cerqueira, Teixeira, Naressi & Ferreira, 2005).

Os profissionais que devem conduzir as equipes de atenção à saúde de indivíduos com FLP são: clínica médica, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, odontologia geral, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, serviço social, psicologia, cirurgia plástica, anestesia, enfermagem, fisioterapia, nutrição e atendimento familiar. Esses atendimentos devem ocorrer de maneira inter ou multidisciplinar (Brasil, 1994).

O papel do Fonoaudiólogo no atendimento para com as FLP é habilitar e reabilitar os aspectos miofuncionais orofaciais, de linguagem oral e escrita, fala, voz e audição (Signor, 2019). O trabalho fonoterapêutico dependerá da fase do

desenvolvimento (recém-nascido; lactente; pré-escolar; escolar; adolescente e adulto) e das características individuais do fissurado (Signor, 2019).

Os responsáveis das crianças com FLP devem receber orientações desde a gestação, a fim de diminuir as ansiedades e inseguranças acerca das dificuldades que estes bebês podem apresentar. Orientações a respeito da amamentação, alimentação, bem como, os acompanhamentos com os profissionais da saúde que necessitam ao longo da infância e da fase adulta, quando necessário (Cerqueira et al., 2005).

No momento de vida inicial das crianças com FLP, a alimentação é a prioridade, mesmo sendo uma fissura isolada ou associada a uma síndrome genética. Devido toda mudança estrutural e funcional do Sistema Estomatognático, é possível identificar a ocorrência de disfagia orofaríngea em crianças com FLP desde o período neonatal (Freitas & Cardoso, 2018). Geralmente, elas apresentam engasgos, refluxo nasal e dificuldade para sugar (Campillay et al., 2010). Por este motivo, a avaliação clínica da disfagia e o acompanhamento fonoaudiológico são essenciais para manter a saúde da criança, evitando distúrbios nutricionais, de hidratação e do desenvolvimento global (Freitas & Cardoso, 2018).

No decorrer do desenvolvimento infantil, os profissionais da saúde devem continuar acompanhando as crianças com FLP, atuando na habilitação e reabilitação das funções orofaciais, como a deglutição, sucção, fala e respiração, bem como, outras habilidades e funções (como as neuropsicológicas) que estiverem aquém do esperado.

O presente estudo tem como objetivo relatar a atuação fonoaudiológica para crianças e adolescentes com idades entre 0 meses e 18 anos de um projeto de extensão para atenção à saúde de crianças com FLP.

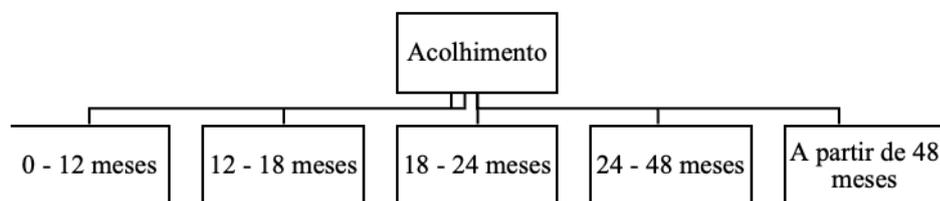
2. Metodologia

Relato de experiência de atuação de acadêmicos e pós-graduandos em um projeto de extensão direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes com FLP, desenvolvido no ambulatório do Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) e vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), desde 2015 até o presente momento (2022). O projeto de extensão conta com a participação de acadêmicas do curso de Fonoaudiologia, mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-graduação Ciências da Reabilitação, bem como, do Programa de Pós-graduação em Psicologia, todos da UFCSPA.

O projeto de extensão Fissura Labiopalatinas (PFLP) atende crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos de idade. Os atendimentos dos pacientes com FLP são realizados pelas acadêmicas do curso de Fonoaudiologia, com supervisão da professora coordenadora deste projeto e com orientação compartilhada dos mestrandos e doutorandos dos Programas de Pós-graduação citados anteriormente. Além de supervisionar de forma compartilhada, os pós-graduandos efetuam suas pesquisas no ambulatório, a partir de projetos específicos também aprovados pelo CEP da instituição participante. A coordenação dos projetos de pesquisa é de responsabilidade das professoras do curso de Fonoaudiologia e Psicologia, envolvendo docentes de diversas áreas dos cursos.

As ações terapêuticas do projeto acontecem de acordo com a faixa etária do indivíduo, como pode ser observado no fluxograma de atendimento do PFLP na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de atendimentos do PFLP.



Fonte: Autores.

3. Resultados e Discussão

Os pacientes podem acessar o projeto a partir do encaminhamento interno realizado pelas equipes de pediatria, neurologia, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e otorrinolaringologia da unidade de saúde coparticipante. Os atendidos são de diversas regiões do estado, entretanto, há prevalência de sujeitos da cidade de Porto Alegre e região metropolitana, em função da frequência estabelecida dos atendimentos. Estes sujeitos são direcionados ao PFLP e acolhidos num primeiro momento.

Em todas as etapas do PFLP é realizado o acolhimento com orientações aos responsáveis dos participantes com as Fonoaudiólogas e acadêmicas de Fonoaudiologia. Após o acolhimento, as profissionais da saúde entram em contato com os responsáveis, via telefone, para agendar as avaliações e acompanhamentos.

Além disso, as crianças são encaminhadas anualmente e/ou conforme a demanda para avaliação audiológica. Outros encaminhamentos também são realizados, quando necessário, tais como: Otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, Odontologista, Fisioterapeuta, Psicólogo, avaliação do Processamento Auditivo Central, dentre outros.

Crianças do nascimento aos 12 meses

Após o acolhimento, as Fonoaudiólogas e acadêmicas de Fonoaudiologia avaliam a Motricidade Orofacial (MO), a Deglutição e o Desenvolvimento Neuropsicológico (DNP) das crianças. A MO é avaliada com o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial - PROFITI (Graziani et al., 2015) e a deglutição com o PAD-PED (Almeida et al., 2014). A partir dos resultados podem ser tomadas as condutas terapêuticas perante a alimentação.

Os responsáveis pelas crianças são orientados, num primeiro momento, quanto à alimentação, visto que esta é uma função vital para os indivíduos. No PFLP, sugerimos aos pais que amamentação deve ser a primeira opção de alimentação em neonatos e lactentes com fissuras orofaciais (Minsal, 2015). As mães são orientadas e incentivadas para com a amamentação pelos benefícios diretos, ou seja, no estabelecimento adequado de padrões alimentares, assim como, para com os aspectos específicos dessa população, como audição, desenvolvimento e crescimento do complexo crânio cervical mandibular (Marques, 2007).

A intervenção fonoaudiológica no PFLP é então planejada e executada considerando todos esses fatores, buscando manter padrões clínicos estáveis, uma dieta eficiente, segura e personalizada a cada dia. Portanto, as variações terão associação com adaptações nas posturas de amamentação, por meio de uma postura fisiológica adaptada à estratégia de DannCer (Page-Goertz & Riordan, 2005), para estabilidade mandibular, além de outras estratégias específicas, dependendo da fissura presente, do conforto da mãe e do lactente, aumentando a sensibilidade à ativação tátil e proprioceptiva antes das mamadas e,

obviamente, a decisão materna (Marques, 2007). Em geral, as orientações recomendadas são: manter o lactente semi-sentado para evitar refluxo de alimentos pelo nariz; tempo de alimentação não devendo exceder 30 minutos; realizar a higienização da boca e do nariz com “cotonetes” molhados em água fervida e morna, antes e após a alimentação.

Quando a amamentação direta exclusiva não é possível, os responsáveis são orientados a um método apropriado, como o uso da mamadeira. Nesse sentido, a ingestão excessiva de ar deve ser evitada, pois pode aumentar o refluxo nasal, episódios de asfixia, infecções auditivas, desconforto gastrointestinal e pouco ganho de peso. Recomenda-se escolher um bico com a aparência mais normal possível, com um fluxo de leite não superior a duas gotas por segundo. Também, são orientados a selecionar aqueles que são mais flexíveis (Altmann, 2004).

A partir dos 6 meses, no PFLP, iniciam as orientações referentes a introdução alimentar (IA). Nesse período a IA é uma tarefa desafiadora para pais e cuidadores, independente da presença ou não de alteração craniofacial.

No ambulatório do PFLP, indica-se o método Baby-Led Weaning (BLW) para IA, por ter como objetivo uma alimentação guiada pelo bebê. A motivação para a IA, por meio do BLW, está baseada na curiosidade de explorar os alimentos, sempre respeitando o tempo de cada refeição determinado pelo bebê (Rapley & Murkett, 2008).

Ressalta-se que com o uso do método BLW há menos risco de engasgo quando o agente promotor da alimentação é a própria criança, pois se dá pelo princípio da ordem funcional, na qual bebês que não levam a boca o alimento não estão prontos para manipulá-los e engoli-los. Os pais são orientados a oferecer uma alimentação variada em cores, texturas e sabores. Quanto aos líquidos, o aleitamento materno em livre demanda supre as necessidades, porém deve-se oferecer água como parte da exploração e para formação de hábito (Rapley & Murkett, 2008).

Considerando a época das cirurgias reparadoras, respeita-se o período pós-operatório de 30 dias, com a IA caracterizada por dieta líquida homogênea (Barros et al., 2009). O tempo de 30 dias também é o respeitado para a introdução das massagens faciais na cicatriz de lábio (Rodrigues et al., 2022).

Nas FLP a correção cirúrgica primária pode ter como consequência sequelas por falhas técnicas em partes moles e partes ósseas, como fechamento sobtensão, infecção na linha da sutura, as já mencionadas cicatrizes hipertróficas, ou descolamentos mucoperiostais, com deformidades secundárias (D’Agostino, 2013).

O processo de cicatrização inicia-se na fase inflamatória, seguido das fases proliferativas e de maturação. Há um tipo de cicatrização patológica, com difícil tratamento chamado quelóide, diferente da cicatrização hipertrófica, podendo-se estender mais dos limites da ferida original com uma hipertrofia progressiva (Rooney & James, 2005; Kreisner et al., 2006).

O trabalho em cicatriz tem relação com distintos aspectos pós-cirúrgico, como a prevenção de recidiva da contratatura muscular (Clayton, 2009). Uma das complicações após labioplastia são as cicatrizes hipertróficas, a retração labial e assimetrias na região. Tais complicações podem comprometer tanto a aparência quanto a função do lábio (Meneghin & Vattimo, 2003; Rossi et al., 2005).

Uma das maneiras de redução das sequelas é a aplicação de massagem em região labial para conter o edema da região, prevenir hipertrofias e retrações, aumentar a irrigação sanguínea e melhorar a mobilidade da região perioral. Os massagem são iniciadas após a retirada dos pontos com movimentos retilíneos de cima para baixo e circulares para ambos lados com pressão labial e sob a cicatriz cirúrgica. A frequência é de três vezes ao dia com 10 minutos em cada vez e por um período aproximadamente de um ano (Altmann, 2004; Rooney, 2005).

Crianças dos 12 aos 18 meses

A partir dos 12 meses de idade, os participantes do PFLP ficam em gerenciamento a cada três meses e com retorno após um mês da realização de cirurgia de lábio e palato. Nessa etapa, Fonoaudiólogas e acadêmicas de Fonoaudiologia da instituição de ensino reavaliam a MO, a deglutição, a Linguagem Oral, o DNP e iniciam as massagens cicatriciais (que são

introduzidas e orientadas aos cuidadores após um mês da cirurgia labial).

Visto que, nesta faixa etária o desenvolvimento é marcado pelas primeiras palavras e pelos primeiros passos, a Linguagem Oral e o DNP são avaliados com o protocolo Denver II (Frankenburg, 1992) para verificar se as crianças participantes do PFLP encontram-se no período adequado de desenvolvimento global ou se necessitam de fonoterapia para estimulação de tais habilidades.

O teste de Denver II visa verificar o desenvolvimento global das crianças e, seus resultados permitem orientar os pais quanto às situações de vida diária que possam favorecer o processo de aquisição de linguagem e ou neuropsicológico, tais como: cantar músicas, ler livros de estórias, solicitar produção verbal frente a um pedido, assim como brinquedos de encaixe, coloridos e de representação do cotidiano (utensílios de cozinha, alimentos, banho, bonecos, carrinhos, animais em miniatura, etc.). Propõem-se, também, situações de treinamento da família com esses materiais, para que os pais possam vivenciar a proposta de estimulação.

As avaliações e tratamentos para a fala são essenciais para portadores de fissuras, visto que eles podem apresentar distúrbios articulatórios que comprometem a inteligibilidade da fala, que são classificados em ativos e passivos e, estão relacionados à FLP (Hanayama, 2009). Além disso, indivíduos com FLP apresentam a ressonância vocal hipernasal, devido ao direcionamento do fluxo aéreo para a cavidade nasal quer pela inabilidade ou insuficiência do mecanismo velofaríngeo (Conterno, Cielo & Elias, 2011). Portanto, a ressonância vocal também é estimulada a partir dos 12 meses por meio de brincadeiras e atividades lúdicas. Vê-se, ainda, a necessidade de inserir a sensibilização da ressonância vocal através da manobra “cul de sac”, através do fechamento nasal enquanto há a produção de sons (Genaro, Yamashita & Trindade, 2004).

Considerando que nessa faixa etária são realizadas as cirurgias de palatoplastia, estímulos sensoriais táteis e gustativos intraoral são iniciados para promover o contato da língua ao palato (em rugas palatinas).

Crianças dos 18 aos 24 meses

Nesta etapa, as crianças do PFLP começam a ter acompanhamento clínico de 15 em 15 dias, para que o atendimento fonoaudiológico seja mais frequente e eficaz, com atenção especial ao DNP. Também, são realizadas condutas para MO, estimulação de linguagem, realização das massagens cicatriciais, bem como, orientações gerais aos responsáveis.

Aqueles que apresentam atraso no DNP são estimulados através das atividades de vida prática e ludoterapia e os seus pais ou cuidadores são orientados a realizarem a estimulação em casa, como: tirar peças de roupa sozinhas, lavar e secar as mãos, escovar os dentes com supervisão, usar colher ou garfo, dentre outras ações.

As condutas em MO são direcionadas aos estímulos intraorais e as massagens cicatriciais de lábio. Já a linguagem é estimulada através de ludoterapia e orientações aos pais e cuidadores quanto a esperar resposta da criança, usar frases curtas e solicitar ações e produções orais das crianças.

Além dos acompanhamentos fonoaudiológicos descritos, os pacientes recebem orientações de psicólogas, ortodontista e fisioterapeuta que também fazem parte do PFLP e que são de extrema importância para o desenvolvimento destas crianças.

Crianças dos 24 aos 48 meses

As crianças participantes do PFLP com idades entre 24 a 48 meses tem atendimento fonoaudiológico de 15 em 15 dias, com foco terapêutico na estimulação da fala, na ressonância vocal, na MO e no DNP. A fala e a ressonância vocal são avaliadas na interação espontânea e, também, junto à avaliação da MO, que é realizada a partir de um protocolo de avaliação miofuncional orofacial específico para indivíduos com FLP (Graziani et al., 2015). Como o protocolo citado anteriormente não inclui a avaliação da deglutição, essa função orofacial é avaliada a partir do Protocolo PAD-PED (Almeida et al., 2014).

A Linguagem Oral e o DNP são avaliados com o protocolo Denver II (Frankenburg, 1992) para verificar o período do

desenvolvimento global em que se encontram ou se necessitam de estimulação específica para as habilidades verificadas no teste.

A fonoterapia nessa faixa etária tem como objetivo estimular o processo de aquisição dos sons da fala, no intuito de organizar os sistemas fonético-fonológicos. A estimulação ocorre de forma lúdica proporcionando à criança ambiente e brincadeiras para auxiliar no estabelecimento desses sistemas.

O lúdico é um fator presente em todos os atendimentos pediátricos (Paro, Vianna & Lima, 2013), da mesma forma, os adolescentes têm suas preferências e aspectos de personalidade considerados no processo de reabilitação. Esses cuidados visam à melhor adesão dos sujeitos à terapia e, conseqüentemente, resultados positivos da mesma (Paro et al., 2013). Ao mesmo tempo em que favorece a automatização da produção dos sons aprendidos e a sua generalização fonológica.

Crianças a partir dos 48 meses

A partir dos 4 anos de idade, os participantes deste projeto têm acesso à terapia fonoaudiológica em diversas áreas, entre elas, da fala. Os atendimentos realizados nessa dimensão apresentam frequência semanal e duração média de quarenta minutos. Estes visam à adequação de aspectos da fala nos âmbitos: fonético, fonológico, de ressonância e de fluência.

Inicialmente, é realizada a avaliação de fala dos sujeitos atendidos. Para tal, utiliza-se o Instrumento de Avaliação Fonológica – IAF (Ribas, no prelo) e a avaliação perceptivo-auditiva de voz. A análise da fala indica o nível de aquisição do sistema fonológico da criança, assim como, os traços e processos fonológicos alterados. Classifica-se, também, a fala de acordo com os distúrbios articulatorios compensatórios relacionados à FLP e a hipernasalidade nos graus leve, moderado ou severo.

A terapia visa à produção de fala mais próxima ao padrão de normalidade, de acordo com as possibilidades articulatorias de cada paciente. A partir da avaliação realizada, é estabelecido um plano terapêutico que, sequencialmente, objetiva a reabilitação de todos os aspectos de fala alterados (Melo, Ramalho, Perillo & Rodrigues, 2013). Para o treino dos pontos articulatorios é fornecido o modelo correto ao paciente, com a utilização de pistas sensoriais. Posteriormente, solicita-se a produção do fone isolado, em sílabas, vocábulos, palavras e frases, conforme os progressos terapêuticos do paciente (Brandão & Zimmermann, 2013). Durante esse processo o paciente tem suas produções monitoradas pelo fonoaudiólogo e, corrigidas, quando necessário (Brandão & Zimmermann, 2013).

A adequação de ressonância é estimulada através de exercícios com o som basal (Conterno et al., 2011), direcionamento de fluxo aéreo e mobilidade e/ou fortalecimento de esfíncter velofaríngeo, visando o equilíbrio ressonantal e a diminuição da hipernasalidade. O reforço positivo e valorização das tentativas e produções fonéticas corretas são sempre pontuadas durante as sessões. Todas as atividades terapêuticas desenvolvidas consideram as particularidades e preferências dos pacientes.

As atividades desenvolvidas são, muitas vezes, enviadas como exercícios domiciliares, projetando a continuidade da terapia nos lares. Para tanto, pacientes e responsáveis são informados dos objetivos e da importância da realização das tarefas, assim como ‘treinados’ na sessão de terapia (Paro et al., 2013). As terapeutas disponibilizam materiais impressos, elucidam dúvidas durante a fonoterapia e, de forma remota (através de aplicativos de troca de mensagens e gravações dos exercícios em casa), acompanham o desempenho do paciente em casa.

Além disso, neste período, é avaliada a Consciência Fonológica (CF) com o Instrumento de Avaliação Sequencial – CONFIAS (Moojen et al., 2003), bem como, a hipótese de escrita que é avaliada com as orientações do protocolo CONFIAS, de acordo com a psicogênese da escrita, classificada em pré-silábica, silábica, silábico-alfabética e alfabética (Moojen et al., 2003; Ferreira & Teberosky, 2007). A partir dos 6 anos, idade em que a criança começa a ser alfabetizada (Salles & Parente 2007), é avaliada a Leitura (observada de maneira informal com livros e histórias, para verificar se a criança faz uso de rota

fonológica ou lexical) (Frangella, 2016). Quando os resultados do CONFIAS demonstram rebaixamento de CF e/ou as crianças apresentam dificuldades na Leitura e na Escrita, as acadêmicas e as(os) profissionais de Fonoaudiologia acrescentam à fonoterapia atividades que estimulem essas habilidades.

A CF faz parte das avaliações dos participantes do PFLP, pois esta habilidade é um dos pré-requisitos para a aprendizagem da leitura e da escrita, que também são avaliadas. Tais avaliações são essenciais para o desempenho escolar e desenvolvimento psicossocial das crianças com FLP, pois elas podem apresentar dificuldades nas competências necessárias para aprendizagem da leitura e da escrita (Ferraz et al., 2011; Tabaquim et al., 2016).

Os pacientes são periodicamente reavaliados e, conforme seus progressos em terapia recebem alta assistida ou têm a periodicidade de seus atendimentos alterada. Os sujeitos passam a ter atendimentos quinzenais, mensais ou gerenciamento fonoaudiológico de acordo com os resultados de sua avaliação. Aqueles inseridos em gerenciamento são reavaliados, semestralmente ou anualmente a fim de acompanhar e analisar as modificações de fala decorrentes do crescimento e desenvolvimento craniofacial, assim como, em conjunto aos atendimentos em ortodontia, e/ou após as intervenções em cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia plástica ou otorrinolaringológica, nas cirurgias de reparação secundárias. O atendimento fonoaudiológico acompanha crianças e adolescentes com FLP até os 18 anos completos, idade limite de atendimento do hospital participante deste estudo.

Avaliação audiológica

No PFLP, os encaminhamentos para avaliação audiológica ocorrem anualmente e/ou conforme a demanda do paciente, devido à prevalência de otite média recorrentes em crianças com FLP, decorrentes das alterações anatômicas e funcionais da tuba auditiva e do esfíncter velofaríngeo (Garcia-Vaquero et al., 2018; Narayanan et al., 2013). A otite média de repetição é considerada um indicador de risco para a ocorrência de perda auditiva e para o desenvolvimento do Processamento Auditivo Central (PAC), devido à oscilação e flutuação na detecção sonora, gerando inconsistência na percepção dos sons e, assim, podendo ocasionar alterações no desenvolvimento de linguagem, aprendizagem e das habilidades auditivas (Moraes et al., 2011). Neste projeto, propõe-se a realização dos seguintes procedimentos: anamnese, inspeção visual do meato acústico externo por meio de otoscópio, avaliação audiométrica com procedimentos compatíveis ao desenvolvimento da criança, imitanciométrie e emissões otoacústicas evocadas transientes.

Além disso, os indivíduos com idade igual ou superior a sete anos de idade também devem realizar avaliações do PAC. Estas iniciam com a aplicação de questionários específicos para screening do processamento auditivo central à pais e/ou responsáveis e são concluídas por meio de uma bateria de testes comportamentais e eletrofisiológicos para avaliação do PAC. A partir da realização da avaliação audiológica periférica e central e dos resultados obtidos é possível determinar a condução do tratamento médico mais adequado, fornecer orientações aos familiares e outros profissionais envolvidos e dependendo de cada caso, auxiliar na determinação da conduta terapêutica fonoaudiológica.

4. Considerações Finais

As condutas terapêuticas fonoaudiológicas para crianças do PFLP com idades de 0 a 18 anos, sugeridas neste relato, trazem uma reflexão sob o trabalho dos Fonoaudiólogos que atuam desde o nascimento para a prevenção, habilitação e reabilitação clínica, assim como, reforçam a importância de um programa de assistência à saúde de crianças e adolescentes com FLP.

Além disso, este projeto contribui para o conhecimento das acadêmicas e das profissionais de Fonoaudiologia sobre as ações desenvolvidas para crianças com fissuras, trazendo benefícios tanto para população com FLP, como para formação destas profissionais da saúde.

Referências

- Almeida, F. C. F.; Bühler, K. E. B. & Limongi, S. C. O. (2014). Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri: Pró-fono, 34.
- Altmann, E. B. C. (2014). Tratamento precoce. In: Altmann, E. B. C. Fissuras Labiopalatinas. 4. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 291-324.
- Barros, S. P.; Cerri R.; Borgo H. C. & Marques I. L. (2009). Nutrição para crianças com fissura labiopalatina. *Recomendações Sociedade de Pediatria nº 47. Atualização de Conduitas em Pediatria. Departamentos Científicos da SPSP*, 1-7.
- Brandão, G. R. & Zimmermann, M. C. (2013). Fonoterapia para indivíduos com disfunção velofaríngea. 46º Curso de Anomalias Congênicas Labiopalatinas. HRAC-USP. Anais.
- Brasil. Portaria SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatina para o Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*.
- Campillay, P.L.; Delgado S. E. & Brescovi S. M. (2010). Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. *Rev. CEFAC*, 12(2):257-266.
- Cerqueira, M. N.; Teixeira, S. C.; Naressi, S. C. M. & Ferreira, A. P. P. (2005). Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, 161-166.
- Conterno, G.; Cielo, C. A. & Elias, V. S. (2011). Características vocais acústicas do som basal em homens com fissura pós-forame reparada. *Revista CEFAC*, 13(1), 171-181.
- D'agostino, L.; Bautzer, A. P. D.; Machado, L. P.; De Lima, R. A. Fissuras labiopalatinas e insuficiência velofaríngea. In: Lopes Filho, O. (2013). *Novo tratado de fonoaudiologia*. Editora Manole., 570.
- Devlin-Rooney, K. & James, W. (2005). Management and prevention of abnormal scars. *Nursing Standard (through 2013)*, 19(28), 45.
- Ferraz, I.; Pocinho, M. & Fernandes, T. O. (2011). Treino da consciência fonológica em crianças com problema da fala e da linguagem. *Rev Port Dific Aprend*, 1(1), 1-19.
- Ferreiro E. & Teberosky A. (2007). *Psicogênese da língua escrita*. Porto Alegre: Artmed, 300.
- Frangella, R. D. C. P. (2016). Um pacto curricular: o pacto nacional pela alfabetização na idade certa e o desenho de uma base comum nacional. *Educação em Revista*, 32, 69-90.
- Frankenburg, W. K.; Dodds, J.; Archer, P.; Shapiro, H. & Bresnick, B. (1992). The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, 89(1), 91-97.
- Freitas, J. D. S. & Cardoso, M. C. D. A. F. (2018). Sintomas de disfagia em crianças com fissura labial e/ou palatina pré e pós-correção cirúrgica. *CoDAS*, 30(1).
- Gardenal, M.; Bastos, P. R. H. D. O.; Pontes, E. R. J. C. & Bogo, D. (2011). Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 15(2), 133-141.
- Genaro, K. F.; Yamashita, R. P. & Trindade, I. E. K. (2004). Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatina. In *Tratado de fonoaudiologia*, 456-477.
- Graziani, A. F.; Fukushiro, A. P. & Genaro, K. F. (2015). Proposta e validação do conteúdo de um protocolo de avaliação miofuncional orofacial para indivíduos com fissura labiopalatina. *CoDAS*, 27:193-200.
- Gutierrez, D. M. D. & Minayo, M. C. D. S. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1497-1508.
- Hanayama, E. M. (2009). Distúrbios da comunicação nos pacientes com sequela de fissura labiopalatina. *Rev Bras Cir Craniofacial*, 12(3), 118-124.
- Kreisner, P. E., Oliveira, M. G. & Weismann, R. (2005). Cicatrização hipertrófica e quelóides: revista de literatura e estratégias de tratamento. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, 5, 9-14.
- Marques, I.; Thomé S. & Almeida S. (2007). Fissuras labiopalatinas uma abordagem interdisciplinar: Aspectos pediátricos. Editora Santos, 51 – 68.
- Martelli, D. R. B.; Machado, R. A.; Swerts, M. S. O.; Rodrigues, L. A. M.; de Aquino, S. N. & Júnior, H. M. (2012). Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 78(5), 116-120.
- Melo, D. P. D.; Ramalho, M. S. S. D. C.; Perillo, V. C. D. A. & Rodrigues, L. C. B. (2013). Intensive speech therapy and cleft palate: case report. *Revista CEFAC*, 15, 1019-1024.
- Meneghin, P. & Vattimo, M. F. F. (2005). *Fisiopatologia do processo cicatricial*. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional do tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 31-42.
- Minsal, Ministerio de Salud de Chile. (2015). *Guía Clínica Fissura Labiopalatina*. Santiago: 3º edición.
- Moojen, S.; Lamprecht, R.; Santos, R. M.; Freitas, G. D.; Brodacz, R.; Siqueira, M., ... & Guarda, E. (2003). CONFIAS-Consciência fonológica: instrumento de avaliação sequencial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 11-12.

Moraes, T. F. D.; Salvador, K. K.; Cruz, M. S.; Campos, C. F. & Feniman, M. R. (2011). Hearing process in children with cleft lip and palate with or without history of otitis. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 15(04), 431-436.

Narayanan, D. S.; Pandian, S. S.; Murugesan, S. & Kumar, R. (2013). The incidence of secretory otitis media in cases of cleft palate. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(7), 1383.

Page-Goertz, S. & Riordan, J. (2005). The ill child: breastfeeding implications. *Breastfeeding and human lactation*, 541-589.

Paro, C. A.; Vianna, N. G. & Lima, M. C. M. P. (2013). Investigating the compliance with speech therapy service in the context of primary care. *Revista CEFAC*, 15, 1316-1324.

Rapley, G. & Murkett, T. (2008). *Baby-led weaning: Helping your baby to love good food*. Random House, 9-252.

Ribas, L. P. Instrumento de Avaliação Fonológica - IAF. No prelo.

Ribeiro, E. M. & Moreira, A. S. C. G. (2005). Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18(1), 31-40.

Rodrigues, C. P. M.; Pelizzoni, A. V.; Brischke, J. A. P.; Kazmierski, S.; Baltazar, M. M. de M.; Coelho, R. T. & Lima, D. P. (2022). Oral rehabilitation of a patient with cleft lip and palate: a case report. *Research, Society and Development*, 11(3), e10511326306.

Rossi, D. C.; Di, C. Q. D. M. S.; Silva, K. R. S. & Motta, A. R. (2005). O efeito da massagem no processo de cicatrização labial em crianças operadas de fissura transforame unilateral. *Revista CEFAC*, 7(2), 205-214.

Salles, J. F. D. & Parente, M. A. D. M. P. (2007). Avaliação da leitura e escrita de palavras em crianças de 2ª série: abordagem neuropsicológica cognitiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 220-228.

Signor R. D. C. F. (2019). Abordagem fonoaudiológica nas fissuras orofaciais não sindrômicas: revisão de literatura. *Rev. ciênc. Med*, 28(1):49-67.

Souza-Freitas, J. A. D.; Dalben, G. D. S.; Freitas, P. Z. & Santamaria Jr, M. (2004). Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 9, 74-78.

Spina, V. (1973). A proposed modification for the classification on cleft lip and cleft palate. *The Cleft palate journal*, 10(3), 251-252.

Tabaquim, M.; Vilela, L. & Benati, E.R. (2016). Habilidades cognitivas e competências prévias para aprendizagem de leitura e escrita de pré-escolares com fissura labiopalatina. *Rev. psicopedag.*, 33(100): 28-36.