



ATUAÇÃO FONAUDIOLÓGICA EM PACIENTES PORTADORES DE FISSURAS LABIAL E/OU PALATINA

ROLE OF SPEECH THERAPY IN PATIENTS WITH CLEFT LIP AND/OR PALATE

Thayane Cardoso dos Santos¹
Camila Santos Almeida²
Marcos Alan Vieira Bittencourt³

Unitermos:

Fissura labial;
Fissura palatina;
Fonoaudiologia;
Cirurgia.

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão da literatura e discorrer sobre a participação do fonoaudiólogo nesta equipe, com foco em sua atuação nas alterações do sistema estomatognático e suas funções. **Materiais e Métodos:** Uma busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas Scielo, PubMed e Portal CAPES, envolvendo o período dos últimos seis anos. Estudos nos quais foi abordada a atuação do fonoaudiólogo nas diferentes fases do desenvolvimento da criança portadora de fissuras labial e/ou palatina foram selecionados, publicados nos idiomas português ou inglês, sem restrição de país de origem. **Resultados:** A busca eletrônica identificou 109 citações, das quais 12 artigos, publicados entre 2018 e 2022, preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados. Com base nesta revisão, pôde-se afirmar que a atuação fonoaudiológica nos pacientes fissurados deve ocorrer o mais precocemente possível, tendo como objetivos a melhoria de sua alimentação oral, fonoarticulação e audição, para evitar atrasos e beneficiar seu desenvolvimento nas diferentes fases. **Considerações finais:** Como parte do processo de reabilitação, é fundamental a inserção do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional de assistência ao paciente fissurado, contribuindo sobremaneira para seu desenvolvimento e sua comunicação verbal, o que afeta, diretamente, sua interação social e qualidade de vida.

¹ Graduanda do Departamento de Fonoaudiologia da UFBA.

² Mestre em Reabilitação pelo Programa de pós-graduação em Ciências de Reabilitação da UFBA.

³ Doutor e mestre em Ortodontia pela UFRJ e Professor Titular da Faculdade de Odontologia da UFBA.

Uniterms:

Cleft lip;
Cleft palate;
Speech therapy;
Surgery.

ABSTRACT

Purpose: Carry out a literature review and discuss the participation of speech therapists in this team, focusing on their role on problems of the stomatognathic system and its functions. **Materials and methods:** A search was carried out in the electronic databases Scielo, PubMed and Portal CAPES, covering the period of the last six years. Studies that addressed the speech therapist's role in the different stages of development of children with cleft lip and/or palate were selected, published in Portuguese or English, without restrictions on country of origin. **Results:** The electronic search identified 109 citations, of which 12 articles, published between 2018 and 2022, met the inclusion criteria and were selected. Based on this review, it can be stated that the role of the speech therapist in cleft patients must begin as early as possible, in order to promote the improvement of their oral nutrition, speech and hearing, to avoid delays and benefit their development in the different phases of life. **Final considerations:** As part of the rehabilitation process, it is essential to include the speech therapist in the multidisciplinary care team for cleft patients, greatly contributing to their development and verbal communication, which directly affects their social interaction and quality of life.

INTRODUÇÃO

Os efeitos diretos e indiretos associados às malformações congênitas são profundos e deixam diversas consequências físicas. Dentre todas as anomalias relatadas, as fissuras orofaciais constituem aproximadamente 13%, e as que envolvem somente o palato secundário representam a mais comum malformação facial em humanos, seguidas pelas que envolvem somente o palato primário¹. Destas, 20% são fissuras labiais isoladas, 35% palatinas isoladas e 45% uma combinação de labial e palatina². Do total de fissuras faciais, a palatina isolada representa cerca de 33%³.

A prevalência das fissuras labial e/ou palatina pode variar de 1:125 até 1:5263 nascimentos vivos, a depender da população estudada⁴. Geralmente, ocorrem em 1:1000 nascimentos vivos nas populações caucasianas, sendo mais comum nos asiáticos (1:500 nascimentos vivos) e menos comum nos africanos (1:2500)⁵. Os fatores sócio-econômicos podem estar envolvidos, mas sua influência na prevalência das fissuras não tem sido determinada de forma conclusiva⁶. No Brasil, a taxa de prevalência média encontrada por Shibukawa et al.⁷ (2019), envolvendo os dados coletados dos anos de 2005 a 2016, foi de 1:1960 nascidos vivos.

A diversidade no grau de envolvimento anatômico das fissuras labiais e/ou palatinas é bastante ampla. Da mesma forma, os prejuízos estéticos, psicológicos e funcionais advindos se apresentam, também, muito variados. Pode haver fissura nos palatos duro e mole ou, em alguns casos, apenas no palato mole. Ocasionalmente, ocorre somente na úvula, também chamada úvula bífida, que representa, provavelmente, a forma mais atenuada da fissura palatina, ou uma fissura submucosa³.

As fissuras têm diferentes etiologias, podendo se apresentar como parte de um quadro sindrômico ou isoladamente⁸. Tem origem multifatorial e decorre da associação de fatores que, em conjunto, são capazes de modular os genes responsáveis pelo desenvolvimento normal do complexo craniofacial⁹. Os fatores ambientais contribuem com cerca de 80% dos casos, podendo ser classificados em agentes infecciosos, radiações, drogas, hormônios e deficiências nutricionais¹.

De maneira geral, o tratamento das fissuras objetiva primeiramente corrigi-las cirurgicamente, sendo necessário, na sequência, tratar os problemas associados, como a estética e as alterações funcionais na sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição¹⁰. Assim, o tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, contemplando todas as particularidades, de acordo com a complexidade que cada caso impõe¹¹. O resultado, a longo prazo, deverá ser a reabilitação integral do paciente, compreendendo todos os aspectos anatômicos, estéticos e funcionais, o que refletirá, significativamente, em sua inserção social e qualidade de vida¹².

Nesta equipe multiprofissional, a atenção fonoaudiológica deve envolver a avaliação, habilitação e prevenção das alterações no sistema estomatognático e suas funções. Neste sentido, o objetivo do presente estudo é discorrer sobre a atuação do fonoaudiólogo inserido na equipe, nas diversas fases do desenvolvimento do paciente portador de fissuras labial e/ou palatina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de literatura narrativa para sintetizar o conhecimento sobre o tema. Com o objetivo de identificar os estudos relevantes, uma busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas Scielo, PubMed e Portal CAPES. Foram utilizados unitermos em português e inglês, presentes nos Descritores em Ciências

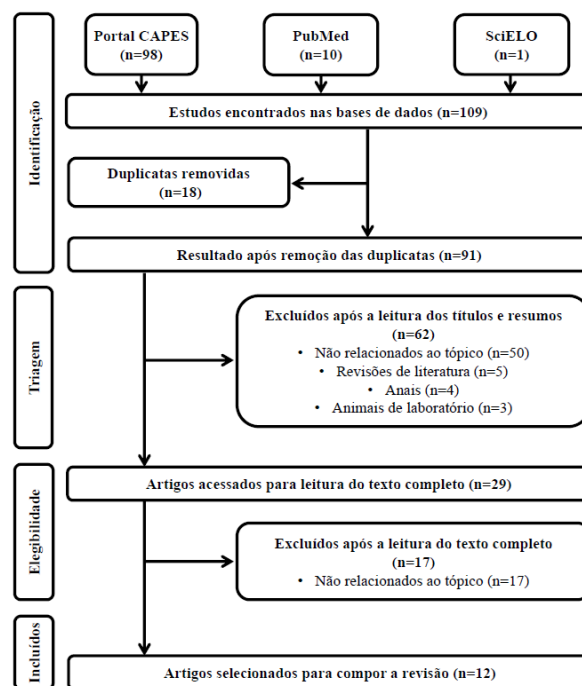
da Saúde (DeCS), associando os operadores booleanos AND e OR. Os descritores utilizados foram “Fissura labial”, “Fissura palatina”, “Fonoaudiologia” e “Cirurgia”, além de seus correspondentes em inglês “Cleft Lip”, “Cleft Palate”, “Speech Therapy” e “Surgery”. Todas as referências obtidas foram exportadas para o programa EndNote Web® (Thomson Reuters®, Toronto, Canadá), a fim de remover as duplicatas. Na sequência, os registros foram exportados para o programa Excell® (Microsoft® Ltda, Washington, EUA), no qual as duplicatas remanescentes foram manualmente removidas.

Foram incluídos artigos nos idiomas português ou inglês, publicados nos últimos seis anos (janeiro de 2018 a dezembro de 2023), em periódicos nacionais ou internacionais. Foram excluídos artigos que não abordavam o tema do estudo, revisões de literatura, resumos de anais e aqueles conduzidos em animais. A seleção foi realizada por dois examinadores (TCS e MAVB), em duas fases. Na primeira, os títulos e os resumos foram cuidadosamente lidos para aplicar os critérios de exclusão. Na segunda fase, os textos completos dos artigos remanescentes foram analisados a fim de verificar se eles preenchiam os critérios de inclusão e, então, os estudos nos quais a atuação do fonoaudiólogo nas diferentes fases do desenvolvimento do indivíduo portador de fissuras labial e/ou palatina foi abordada, foram selecionados. Na sequência, os textos dos artigos selecionados foram cuidadosamente lidos e os dados relevantes foram então extraídos.

RESULTADOS

A busca realizada nas três bases de dados eletrônicas resultou em 109 referências, das quais 18 eram duplicadas. Depois da remoção das referências duplicadas, 91 referências tiveram seus títulos e resumos cuidadosamente lidos na primeira fase, a fim de eliminar os estudos que não abordavam os objetivos deste trabalho, as revisões de literatura, os resumos de anais e os estudos realizados em animais de laboratório. Um total de 62 referências foram excluídas. Na segunda fase, os textos completos dos 29 títulos remanescentes foram lidos e 17 artigos foram excluídos, restando então os 12 artigos que compuseram essa revisão¹²⁻²³. Um fluxograma representando este processo de seleção pode ser visualizado na Figura 01.

Figura 01. Fluxograma demonstrando o resultado do processo de seleção.



Fonte: Acervo do autor.

Entre os artigos selecionados, sete foram publicados com sua versão em português^{12-14,16,21-23}, apenas cinco tendo sido publicados somente em inglês^{15,17-20}. Grupos de pesquisadores de sete diferentes países realizaram os estudos, incluindo Brasil^{12-14,16,21-23}, Dinamarca^{15,17}, EUA e Nepal¹⁸, Reino Unido e Irlanda¹⁹ e Bélgica²⁰. Cinco artigos foram estudos clínicos randomizados controlados^{15,17-20}, três foram observacionais transversais^{14,16,21}, três foram relatos de caso^{12,13,22} e um foi série de casos²³. Um resumo de suas características pode ser visto na Tabela 01.

Tabela 01. Características dos estudos selecionados na estratégia de busca. Legenda: N) Tamanho da amostra; ♂) Masculino; ♀) Feminino; n/m) Não mencionado).

Autoria Ano de publicação País de origem	N	Sexo	Idade (anos)	Tipo de estudo	Tipo de tratamento abordado
Almeida et al. ¹² 2018 Brasil	5	2 ♂ 3 ♀	13-22	Relato de caso	Fonoterapia (exercício de trato vocal semi- ocluído)
Coelho et al. ¹³ 2018 Brasil	3	n/m	7-8	Relato de caso	Treino auditivo
Freitas e Cardoso ¹⁴ 2018 Brasil	23	16 ♂ 7 ♀	1,2-11	Estudo observacional transversal	Orientação sobre alimentação

Willadsen et al. ¹⁵ 2018 Dinamarca	113	81 ♂ 32 ♀	3	Estudo clínico randomizado controlado	Fonoterapia
Da Ré et al. ¹⁶ 2020 Brasil	13	10 ♂ 3 ♀	4-8	Estudo observacional transversal	Treino auditivo
Jorgensen e Willadsen ¹⁷ 2020 Dinamarca	108	78 ♂ 30 ♀	3-5	Estudo clínico randomizado controlado	Fonoterapia
Lindeborg et al. ¹⁸ 2020 EUA e Nepal	39	18 ♂ 21 ♀	3-18	Estudo clínico randomizado controlado	Fonoterapia
Sweeney et al. ¹⁹ 2020 Reino Unido e Irlanda	44	35 ♂ 9 ♀	3-7	Estudo clínico randomizado controlado	Fonoterapia
Alighieri et al. ²⁰ 2021 Bélgica	12	5 ♂ 7 ♀	6 -10	Estudo clínico randomizado controlado	Fonoterapia
Schönardie et al. ²¹ 2021 Brasil	27	12 ♂ 15 ♀	1-6	Estudo observacional transversal	Fonoterapia
Vieira et al. ²² 2021 Brasil	1	1 ♀	8	Relato de caso	Fonoterapia
Pegoraro-Krook et al. ²³ 2022 Brasil	30	15 ♂ 15 ♀	6-14	Série de casos	Fonoterapia

Fonte: Acervo do autor.

Os sintomas de disfagia, como escape nasal, engasgo, tosse e vômito, estão presentes na maioria das crianças fissuradas não operadas. Por este motivo, Freitas e Cardoso¹⁴ (2018) destacam a importância da presença de profissionais capacitados nas equipes de assistência pré-natal ou ao nascimento, com o objetivo de orientar sobre a alimentação do paciente fissurado nos primeiros dias de vida. O atendimento fonoaudiológico especializado dispensado o mais cedo possível e de forma regular também é destacado como essencial por Schönardie et al.²¹ (2021). Estes autores avaliaram 27 crianças na faixa etária de sete meses a cinco anos e oito meses, atendidas regularmente e de forma integral desde o nascimento, aplicando um teste para avaliar o desenvolvimento infantil no que se refere aos aspectos pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor grosso, e verificaram que, em todas as variáveis analisadas, a maioria dos pacientes apresentaram desenvolvimento normal.

Diferentes resultados têm sido relatados nas habilidades de articulação de crianças com fenda palatina como consequência de diferentes protocolos cirúrgicos para o fechamento do palato. O trabalho de Willadsen et al.¹⁵ (2018) mostra que deixar o palato duro sem reparo até os três anos de idade, em comparação a seu

fechamento cirúrgico aos 12 meses, tem um impacto negativo no desenvolvimento das habilidades de articulação. Os autores incluíram uma medida geral de proficiência de articulação considerando os erros consonantais e concluíram que, do ponto de vista linguístico, não é recomendável postergar o fechamento do palato duro para os três anos de idade, devido ao impacto negativo gerado na aquisição dos sons de fala. Verificaram também que este problema é ainda maior nos meninos. Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Jorgensen e Willadsen¹⁷ (2020). Neste último trabalho, os autores afirmam que os pacientes operados aos três anos mostraram grande melhora logo após a cirurgia, mas que, na avaliação aos cinco anos de idade, encontravam-se aquém dos pacientes operados aos 12 meses, na avaliação aos três anos.

De acordo com Sweeney et al.¹⁹ (2020), mais da metade das crianças fissuradas operadas necessitam de fonoterapia. Contudo, em geral, as condutas a serem adotadas ainda são pouco conhecidas e discutidas. Almeida et al.¹² (2018) citam que existem várias estratégias clínicas para a reabilitação de distúrbios na comunicação de pacientes fissurados, mas que são raros os estudos que abordam os exercícios de trato vocal semiocluído. Estes autores então aplicaram os exercícios por dois minutos em cinco pacientes na faixa de 13 a 22 anos de idade e verificaram que houve melhora imediata na fala encadeada destes pacientes, percebida não somente pelos profissionais mas também pelos próprios pacientes. Neste estudo, os autores observaram também melhora na dinâmica de fechamento do esfíncter velofaríngeo após os exercícios. Lindeborg et al.¹⁸ (2020) aplicaram exercícios envolvendo 30 sons monossilábicos, posicionados no começo, meio e final de diferentes palavras, em um total de 90 palavras testadas. Estes exercícios foram realizados em sessões de 30 a 60 minutos, diariamente, durante uma semana, em 39 indivíduos com idades entre três e 18 anos. Os autores verificaram melhoria significativa na composição geral da fala dos pacientes, com maiores incrementos na força e na articulação, tendo havido pouca repercussão na hipernasalidade.

Pegoraro-Krook et al.²³ (2022) abordaram o fato de que, apesar dos inúmeros avanços, alguns pacientes apresentam insuficiência velofaríngea após o reparo primário do palato e que, embora a cirurgia secundária seja a escolha mais comum para o tratamento desta condição, ela pode não ser indicada de imediato, principalmente quando a insuficiência ocorre associada ao erro de aprendizagem do funcionamento velofaríngeo para a fala. Neste caso, após avaliarem os resultados obtidos na análise perceptivo-auditiva da fala de 30 pacientes com idades entre seis

e 14 anos, os autores sugerem o uso do obturador faríngeo, que se mostrou bastante eficaz no tratamento da hipernasalidade.

Com o objetivo de buscar evidências de que o apoio dos pais na condução dos exercícios fonoterápicos pode ser uma alternativa para a melhora da fala dos pacientes fissurados, Sweeney et al.¹⁹ (2020) realizaram um estudo clínico randomizado controlado envolvendo 44 crianças na faixa etária de três a sete anos. Após treinamento bastante consistente realizado por fonoaudiólogos especialistas em fissurados, os pais de parte das crianças conduziram os exercícios fonoterápicos em casa, cinco vezes por semana, dez a 15 minutos por dia, durante 12 semanas. As demais crianças foram atendidas regularmente por fonoaudiólogos experientes, também durante 12 semanas, realizando exercícios fonoterápicos em seis sessões quinzenais de uma hora. Os autores verificaram que, em ambos os grupos, houve melhora significativa na fala dos pacientes, sem diferença estatística entre os mesmos.

De acordo com Alighieri et al.²⁰ (2021), pouca informação existe sobre a frequência ideal de sessões para a realização dos exercícios fonoterápicos. Para preencher esta lacuna, os autores compararam, em 12 crianças entre seis e dez anos de idade, o efeito da intervenção de baixa intensidade, ou seja, exercícios realizados em sessões com uma hora de duração, uma vez por semana, durante dez semanas, com a intervenção de alta intensidade, exercícios em sessões com duração também de uma hora, porém realizadas cinco vezes por semana, durante duas semanas. Os resultados revelaram que o grupo de crianças atendidas com maior frequência teve maior progresso em apenas duas semanas do que as crianças do outro grupo após as dez semanas de terapia, sendo então a intervenção de alta intensidade uma estratégia promissora para a melhora da fala das crianças fissuradas operadas. A terapia intensiva também foi o método utilizado por Vieira et al.²² (2021) para o tratamento de uma paciente que, aos oito anos de idade, recebeu indicação para o uso de prótese de palato obturadora. Com um formato mais expandido de terapia intensiva, foram realizados atendimentos com duração de 30 a 45 minutos, durante quatro semanas, cinco dias por semana e três sessões por dia, com intervalos de duas horas entre cada sessão, totalizando 60 atendimentos. Os autores verificaram evolução na fala da paciente nos aspectos de inteligibilidade, hipernasalidade, emissão de ar nasal e articulações compensatórias.

Devido à malformação anatômica e/ou funcional da tuba auditiva e da região do esfíncter velofaríngeo, alterações na audição também são sequelas frequentes em

pacientes fissurados. Com o objetivo de melhorar o desempenho do processamento auditivo central, Coelho et al.¹³ (2018) realizaram exercícios de treinamento auditivo em três crianças com fissura palatina cirurgicamente corrigida, sem perda auditiva periférica, aplicados diariamente pelos pais durante 30 dias. Segundo os autores, embora o treinamento não tenha sido suficiente para sanar as alterações auditivas centrais apresentadas, proporcionou o aprimoramento da capacidade atencional e do comportamento auditivo, e diminuição das latências. Outro aspecto importante é que a perda auditiva pode afetar a percepção adequada das informações acústicas, gerando certa desvantagem para as crianças fissuradas desenvolverem suas competências linguísticas, dentre elas a consciência fonológica, que é a capacidade de refletir sobre a estrutura sonora das palavras faladas. No trabalho realizado por Da Ré et al.¹⁶ (2020), todas as crianças examinadas apresentaram rebaixamento nos escores do teste de consciência fonológica, tanto no nível da sílaba como no do fonema.

DISCUSSÃO

Visando a tornar esta revisão mais didática, a atuação fonoaudiológica no tratamento de pacientes fissurados foi dividida em três fases: até os três anos de idade, dos quatro anos até o final da adolescência e idade adulta.

1. Até os três anos de idade

Em crianças com fenda labial, as maiores dificuldades se referem à pega ao seio materno e ao posicionamento para beneficiar a amamentação^{24,25}. Nos casos em que o palato está comprometido, a dificuldade está na sucção, pois há diminuição da pressão intrabucal em função da comunicação entre as cavidades bucal e nasal²⁶. Por este motivo, o fonoaudiólogo deve iniciar sua atuação o mais precocemente possível e sua presença nas equipes de neonatologia tem favorecido a alimentação oral¹⁴, priorizando o aleitamento materno, em função dos benefícios imunológico, nutricional, afetivo e psicológico²⁷. Contudo, em trabalho realizado por Freitas e Cardoso¹⁴, verificou-se que quase 22% das gestantes não receberam qualquer informação sobre alimentação ou a postura ideal para realizá-la e, ainda, 50% das que receberam obtiveram a informação durante o acompanhamento após o nascimento ou após o atendimento clínico da criança.

Segundo Cunha et al.²⁸ (2019), uma das principais dúvidas das gestantes refere-

se à alimentação das crianças portadoras de fissura. A atuação fonoaudiológica nesta fase, portanto, é para auxiliar as mães e orientá-las quanto ao posicionamento elevado, semissentado, com a cabeça levemente inclinada para trás, minimizando a ocorrência de passagem do leite para a cavidade nasal e, eventualmente, para a orelha média, em função da disfunção velofaríngea e da tuba auditiva, e observando se a criança realiza o processo sucção-deglutição-respiração²⁴. Quando o aleitamento materno não é possível, devido ao distúrbio do sistema sensório motor bucal, são indicados a ordenha do leite materno e seu oferecimento por meio de mamadeiras, preferencialmente utilizando bicos ortodônticos²⁹, embora a literatura reforce que o bico mais adequado é aquele ao qual a criança melhor se adaptar²⁵.

Por volta dos três ou quatro meses de idade, as primeiras cirurgias para correção do lábio são realizadas¹⁵. Nesse momento, preconiza-se a suspensão do uso de mamadeiras, substituindo-as por colher e/ou copinho, e de chupetas, com o objetivo de evitar a ruptura das suturas cirúrgicas, até a liberação pelo cirurgião responsável^{30,31}. Para a obtenção de melhores resultados funcionais e estéticos, após 30 dias da cirurgia do lábio, é papel do fonoaudiólogo orientar os pais ou responsáveis a realizarem estímulos por meio de massagens extra e intrabucais sobre a cicatriz cirúrgica, na musculatura peribucal, com movimentos verticais, horizontais e circulares^{30,32}. Na sequência, é também função do fonoaudiólogo acompanhar e orientar sobre o desenvolvimento global nos aspectos relativos à linguagem e audição, a fim de evitar atrasos e favorecer o melhor desenvolvimento infantil³³. Na fase de balbúcio, em havendo fissuras palatinas, deve-se orientar a necessidade de estimulação sensitiva por meio da oclusão nasal, com o objetivo de promover a propriocepção por meio do direcionamento do fluxo de ar para a cavidade bucal³⁴. Schilling et al.³⁵ (2021) citam que a labioplastia realizada, em média, aos quatro meses de idade, embora importante para permitir maior adequação das funções orais e da estética, favorece o estabelecimento da mordida cruzada anterior, quando se compara com pacientes operados, em média, aos oito meses.

Diferentes protocolos são citados na literatura referentes à época de correção cirúrgica do palato. No estudo clínico randomizado realizado por Willadsen et al.¹⁵ (2018), metade dos pacientes tiveram sua cirurgia do palato realizada por volta de um ano de idade e a outra metade por volta dos três anos. Nesta fase, a atuação fonoaudiológica deve envolver, além dos aspectos já citados, a prevenção da instalação de articulações compensatórias na fala³⁴. Deve-se realizar uma análise fonética e fonológica e, após a palatoplastia, avaliar periodicamente até os quatro

anos de idade, com o intuito de verificar se a criança está apresentando trocas fonéticas e fonológicas adequadas a seu próprio desenvolvimento ou se há distúrbios. De acordo com Willadsen et al.¹⁵ (2018), as crianças operadas mais cedo, por volta de um ano de idade, apresentam habilidades de articulação mais ricas que as que tiveram a correção cirúrgica do palato por volta dos três anos. Além disto, podem ocorrer disfunção velofaríngea, regurgitação nasal de alimentos, escape de ar nasal, fraca pressão intrabucal, distúrbios articulatorios compensatórios e hipernasalidade da fala, quando então a fonoterapia se faz necessária^{34,36,37}. Segundo Freitas e Cardoso¹⁴ (2018), a correção tardia do palato retarda a reabilitação das alterações encontradas na sucção, mastigação, deglutição e fala.

2. A partir dos quatro anos até a idade adulta

Em pacientes nos quais, mesmo após a palatoplastia, há falha no fechamento velofaríngeo, devido à incompetência velar, a fonoterapia visa ao direcionamento do fluxo aéreo para a cavidade bucal por meio de pistas multissensoriais, eliminando ou amenizando a hipernasalidade e as articulações compensatórias presentes³⁷. Além do direcionamento do fluxo aéreo, Almeida et al.¹² (2018) citam como estratégias clínicas muito utilizadas na reabilitação dos distúrbios da comunicação de pacientes fissurados a conscientização de fonemas para o correto uso do ponto articulatorio e a estimulação da produção do som. Destacam, também, após aplicarem os exercícios de trato vocal semiocluído em um grupo de pacientes na faixa de 13 a 22 anos, que houve melhora imediata na fala encadeada e na dinâmica de fechamento do esfíncter velofaríngeo destes pacientes. Embora não tenham observado redução da hipernasalidade da fala, Lindeborg et al.¹⁸ (2020), ao realizarem exercícios fonoterápicos envolvendo sons monossilábicos posicionados em diferentes palavras, em pacientes com idades entre três e 18 anos, verificaram melhora significativa na composição geral da mesma, especialmente na força e na articulação. Em trabalho envolvendo crianças na faixa de três a sete anos de idade, Sweeney et al.¹⁹ (2020) demonstraram que o envolvimento dos pais na condução domiciliar dos exercícios pode ser uma alternativa segura nas situações de dificuldade de acesso da criança ao serviço de fonoaudiologia.

Schönardie et al.²¹ (2021) destacam o fato de que o atendimento fonoaudiológico especializado deve ser iniciado, de forma regular, o mais cedo possível. Segundo os autores, os estímulos perceptivos e de habilidades cognitivas complexas, as orientações e as intervenções pontuais auxiliam sobremaneira os

pacientes fissurados, favorecendo seu processo de desenvolvimento neuropsicomotor. Em relação à frequência ideal para a realização dos exercícios fonoterápicos, Alighieri et al.²⁰ (2021) destacam que, embora o modelo tradicional preconize uma ou duas sessões de uma hora por semana, durante alguns anos, a intervenção de alta intensidade, com cinco sessões de uma hora por semana, durante um período menor, parece promover resultados mais satisfatórios. Os autores sugerem então que, embora não usual, no futuro, com a percepção de seus benefícios por parte dos profissionais, pacientes e seus familiares, este formato seja implementado na prática clínica. Por outro lado, no tratamento realizado por Vieira et al.²² (2021), embora a paciente tenha apresentado grande evolução na fala após ter se submetido ao programa de terapia intensiva, com 60 atendimentos em quatro semanas, houve a permanência de inadequações como articulações compensatórias e hipernasalidade, mais acentuadas em conversa espontânea. Assim, os autores afirmam ser fundamental a continuidade da fonoterapia convencional para o processo final de automatização.

A hipernasalidade ocorre quando há excesso de ressonância nasal durante a produção de sons orais em decorrência do acoplamento anormal das cavidades de ressonância. Uma vez que a ressonância é um fenômeno acústico-perceptivo, a avaliação clínica desta característica é desafiadora. Por ser um sintoma primário da disfunção velofaríngea, é importante que o fonoaudiólogo busque estratégias que tornem a identificação da hipernasalidade mais confiável. Neste sentido, Marino et al.³⁸ (2020) avaliaram a influência de estímulos de fala distintos na identificação perceptivo-auditiva da hipernasalidade, em indivíduos fissurados operados, e verificaram que estímulos orais mais longos favorecem a percepção da hipernasalidade, enquanto estímulos exclusivamente vozeados, frases de alta pressão vozeadas e frases de baixa pressão comprometem sua identificação. Segundo Pegoraro-Krook et al.²³ (2022), quando a cirurgia para a correção da disfunção velofaríngea é contraindicada por limitações sistêmicas, anatômicas ou funcionais, o uso de um obturador faríngeo, temporário ou não, é uma abordagem efetiva para eliminar a hipernasalidade.

Como já mencionado, alterações na audição também são sequelas frequentes em pacientes fissurados e a identificação precoce destes transtornos possibilita ao fonoaudiólogo a conduta terapêutica adequada. Em trabalho realizado por Da Ré et al.¹⁶ (2020), quase 70% das crianças possuíam histórico de otite média e, na avaliação audiológica, 77% tinham perda auditiva condutiva, sendo que em 89%

destes essa perda era bilateral. Segundo Coelho et al.¹³ (2018), a intervenção fonoaudiológica deve ser específica para treinar as habilidades auditivas, podendo ser realizada de maneira formal (treino auditivo acusticamente controlado) ou informal (ambiente não controlado e reforço domiciliar). Esta última foi empregada pelos autores em três crianças com sete e oito anos de idade, cujos pais foram orientados a aplicar os exercícios diariamente, em domicílio, durante 30 dias, o que resultou no aprimoramento da capacidade atencional e do comportamento auditivo, e na diminuição das latências.

A insuficiência velofaríngea remanescente após a palatoplastia pode também ser responsável pela permanência de sintomas de disfagia em crianças já operadas. No estudo de Freitas e Cardoso¹⁴ (2018), envolvendo 23 crianças portadoras de fissuras labial e/ou palatina, uma criança continuou apresentando escape nasal, outra continuou apresentando vômito e uma terceira escape nasal e engasgo.

O tratamento da disfunção velofaríngea para a eliminação de muitos destes sintomas requer uma cirurgia secundária de palato, dentre as quais o retalho faríngeo³⁹. Apesar dos benefícios gerados, em alguns casos a cirurgia está associada à obstrução das vias aéreas superiores, devido à diminuição das dimensões nasofaríngeas, podendo resultar em sintomas respiratórios, como respiração bucal, ronco e até mesmo apneia. Nos casos em que estas complicações respiratórias não respondem a tratamentos, nova cirurgia para a secção do retalho faríngeo pode ser necessária. Medeiros-Santana et al.³⁹ (2019) avaliaram o efeito desta nova intervenção sobre a ressonância da fala e verificaram, em pacientes entre 12 e 51 anos, cuja secção do retalho ocorreu entre três e 11 anos após sua realização, que houve grande prejuízo na ressonância da fala, com o reaparecimento da hipernasalidade, na maioria deles.

3. Adultos

Nos adultos com discrepâncias esqueléticas e/ou dentárias, é indicada a cirurgia ortognática, onde a atuação fonoaudiológica pré-operatória é direcionada para a conscientização e para a eliminação ou minimização dos hábitos deletérios e, no pós-operatório, para a organização e adequação da musculatura bucofacial e das funções do sistema estomatognático, a fim de evitar recidivas⁴⁰.

Na prática clínica, diferentes profissionais da equipe de assistência ao paciente fissurado podem adotar parâmetros diversos na avaliação dos aspectos morfológicos e funcionais comprometidos. Para atenuar a subjetividade no processo de análise,

Graziani et al.⁴¹ (2019) revisaram e validaram um protocolo de avaliação miofuncional orofacial apresentado anteriormente, tornando-o mais completo, oferecendo maior segurança na determinação do diagnóstico e no delineamento do planejamento terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesta revisão narrativa de literatura, pôde-se depreender que os princípios da atuação fonoaudiológica em pacientes portadores de fissuras labial e/ou palatina, em suas diferentes fases do desenvolvimento, têm como fundamento a melhoria da alimentação, fonoarticulação e audição, beneficiando assim o desenvolvimento e a comunicação verbal e, conseqüentemente, a interação social e a qualidade de vida destes. Como parte do processo de reabilitação, é imprescindível a inserção do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional de assistência ao paciente fissurado, uma vez que a expertise de cada profissional contribui para a recuperação integral da funcionalidade. Neste sentido, mais estudos se fazem necessários para aprimorar e inovar os métodos de atuação da fonoaudiologia na reabilitação destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ten Cate AR. Oral Histology: Development, Structure and Function. 9 ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2017.
2. Mjor IA, Fejerskov O. Human Oral Embryology and Histology. Copenhagen: Munksgaard; 1986.
3. Burg ML, Chai Y, Yao CA, Magee W 3rd, Figueiredo JC. Epidemiology, etiology, and treatment of isolated cleft palate. *Front Physiol.* 2016;7:67.
4. Shapiro BL. The genetics of cleft lip and palate. In: Stewart RE, Prescott GH. Oral Facial Genetics. St. Louis: C. V. Mosby, 1976. p. 473-99.
5. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet.* 2011;12(3):167-78.
6. Yang J, Carmichael SL, Canfield M, Song J, Shaw GM. Socioeconomic status in relation to selected birth defects in a large multicentered US case-control study. *Am J Epidemiol.* 2008;167(2):145-54.
7. Shibukawa BM, Rissi GP, Higarashi IH, Oliveira RR. Fatores associados à presença de fissura labial e/ou fenda palatina em recém-nascidos brasileiros. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2019;19(4):957-66.
8. Freitas JAS, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for

Rehabilitation of Craniofacial Anomalies / USP (HRAC/USP) – Part 1: Overall aspects. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(1):9-15.

9. Viana MVG, Cerqueira JS, Bittencourt MAV, Barbosa IS. Etiologia das fissuras labiopalatinas: revisão de literatura. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia.* 2019;49(1):35-9.
10. Denadai R, Sabbag A, Amaral CER, Pereira Filho JC, Nagae MH, Amaral CAR. Buccinator myomucosal flap for the treatment of velopharyngeal insufficiency in patients with cleft palate and/or lip. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018;84(6):697-707.
11. Di Bernardo B, Bellato A, Moreira MA, Rodrigues VT, Pinto C. Fissuras lábio-palatinas: tipos de tratamento, revisão de literatura. *Rev Divulg Cient ULBRA Torres.* 2017;13(3):1-29.
12. Almeida MAF, Hubner LS, Dornelles S. Avaliação do efeito imediato de exercício de trato vocal semiocluido no mecanismo velofaríngeo em cinco portadores de fissura labiopalatina: estudo piloto. *Clin Biomed Res.* 2018;38(1):58-65.
13. Coelho LA, Morais MFB, Rodrigues PAL, DeLuccia GCP, Nardez TMB, Futigami ABV, et al. Treinamento auditivo domiciliar para crianças com alterações auditivas decorrentes da fissura labiopalatina. *Rev CEFAC.* 2018;20(2):154-65.
14. Freitas JS, Cardoso MCAF. Sintomas de disfagia em crianças com fissura labial e/ou palatina pré e pós-correção cirúrgica. *CoDAS.* 2018;30(1):e20170018.
15. Willadsen E, Boers M, Schöps A, Kisling-Møller M, Nielsen JB, Jørgensen LD, et al. Influence of timing of delayed hard palate closure on articulation skills in 3-year-old Danish children with unilateral cleft lip and palate. *Int J Lang Commun Disord.* 2018;53(1):130-43.
16. Da Ré AF, Ribas LP, Machado MS, Cardoso MCAF. Relação entre os achados audiológicos e de consciência fonológica em um grupo de crianças com fissura labial e/ou palatina. *Disturb Comun.* 2020;32(2):196-204.
17. Jorgensen LD, Willadsen E. Longitudinal study of the development of obstruente correctness from ages 3 to 5 years in 108 Danish children with unilateral cleft lip and palate: a sub-study within a multicentre randomized controlled trial. *Int J Lang Commun Disord.* 2020;55(1):121-35.
18. Lindeborg MM, Shakya P, Pradhan B, Rai Sk, Gurung KB, Niroula S, et al. A task-shifted speech therapy program for cleft palate patients in rural Nepal: evaluating impact and associated healthcare barriers. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;134:110026.
19. Sweeney T, Hegarty F, Powell K, Deasy L, O'Regan M, Sell D. Randomized controlled trial comparing Parent Led Therapist Supervised Articulation Therapy (PLAT) with routine intervention for children with speech disorders associated with cleft palate. *Int J Lang Commun Disord.* 2020;55(5):639-60.
20. Alighieri C, Van Lierde K, De Caesemaeker AS, Demuynck K, Bruneel L, D'haeseller E, et al. Is high-intensity speech intervention better? A comparison of high-intensity intervention versus low-intensity intervention in children with a cleft palate. *J Speech Lang Hear Res.* 2021;64(9):3398-415.
21. Schönardie MS, Ribas LP, Wagner GP, Cardoso MCAF. Relação entre o desenvolvimento infantil e as fissuras labiopalatinas. *Disturb Comun.* 2021;33(1):40-8.
22. Vieira FKA, Correia I, Coelho AC, Picinato-Pirola M. Terapia intensiva para a reabilitação da fala em paciente com fissura labiopalatina: relato de caso. *Rev CEFAC.* 2021;23(4):e2421.
23. Pegoraro-Krook MI, Rosa RR, Aferri HC, Andrade LKF, Dutka JCR. Obturador faríngeo e resultados de fala em pacientes com fissura palatina. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022;88(2):187-93.

24. Branco LL, Cardoso MC. Alimentação no recém-nascido com fissuras labiopalatinas. *Universitas Cienc Saude*. 2013;11(1):57-70.
25. Santos RS, Janini JP, Oliveira HMS. A transição na amamentação de crianças com fenda labial e palatina. *Rev Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180152.
26. Di Ninno CQMS, Moura D, Raciff R, Machado SV, Rocha CMG, Norton RC, et al. Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(4):417-21.
27. Mosele PG, Santos JF, Godói VC, Costa FM, De Toni PM, Fujinaga CI. Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas à alimentação ao seio materno. *Rev CEFAC*. 2014;16(5):1548-57.
28. Cunha GFM, Mondini CCSD, Almeida RJ, Bom GC. A descoberta pré-natal da fissura labiopalatina do bebê: principais dúvidas das gestantes. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:e34127.
29. Amstalden-Mendes LG, Magna LA, Gil-da-Silva-Lopes VL. Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in a nonspecialized Brazilian hospital. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(3):329-34.
30. Di Ninno CQMS, Vieira FCF, Lemos AMM, Silva LF, Rocha CMG, Norton RC, et al. A prevalência do uso de sonda nasogástrica em bebês portadores de fissura de lábio e/ou palato. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):578-83.
31. Santos EC, Leite SGS, Santos SMP, Neves ZF, Passos XS, Silveira FFCF. Análise qualitativa do padrão alimentar de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Goiânia-GO. *J Health Sci Inst*. 2011;29(3):183-5.
32. Rossi DC, Di Ninno CQMS, Silva KRS, Motta AR. O efeito da massagem no processo de cicatrização labial em crianças operadas de fissura transforame unilateral. *Rev CEFAC*. 2005;7(2):205-14.
33. Genaro KF, Felício CM. Protocolos clínicos de avaliação miofuncional orofacial. In: *Tratado das especialidades em fonoaudiologia*. São Paulo: Guanabara Koogan. 2016.
34. Mildinhal S. Speech and language in the patient with cleft palate. *Front Oral Biol*. 2012;16:137-46.
35. Schilling GR, Cardoso MCAF, Silva PSG, Maahs MAP. Associação entre alterações de fala e dento-oclusais em crianças com fissura labiopalatina e a época das cirurgias plásticas primárias. *Rev CEFAC*. 2021;23(4):e12420.
36. Palandi BBN, Guedes ZCF. Aspectos de fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades. *Rev CEFAC*. 2011;13(1):8-16.
37. Kummer AW. Evaluation of speech and resonance for children with craniofacial anomalies. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016;24(4):445-51.
38. Marino VCC, Dutka JCR, Manicardi FT, Gifalli G, Silva PP, Pegoraro-Krook MI. Influência de fala na identificação perceptivo-auditiva da hipernasalidade em indivíduos com fissura labiopalatina. *CoDAS*. 2020;32(6):e20190269.
39. Medeiros-Santana MNL, Prearo GA, Fukushiro AP, Yamashita RP. A secção cirúrgica do retalho faríngeo pode comprometer a ressonância de fala de indivíduos com fissura labiopalatina? *Audiol Commun Res*. 2019;24:e1984.
40. Paulus C. Orthognathic surgery for patients with cleft lip and palate. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2014;115(4):239-44.
41. Graziani AF, Fukushiro AP, Marchesan IQ, Berretin-Félix G, Genaro KF. Ampliação e validação do protocolo de avaliação miofuncional orofacial para indivíduos com fissura labiopalatina. *CoDAS*. 2019;31(1):e20180109.

Recebido em 18 de outubro de 2024

Aceito em 13 de março de 2025

Endereço para correspondência

Marcos Alan Vieira Bittencourt

E-mail: alan_orto@yahoo.com.br

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

Endereço: Av. Araújo Pinho, 62, 7º andar, Canela, Salvador, Bahia.