

DOSSIÊ PRODUÇÃO DISCENTE

A MULTIDISCIPLINARIDADE EM FISSURAS LABIOPALATINAS¹

LA MULTIDISCIPLINARIEDAD EN FISURAS LABIOPALATINAS

MULTIDISCIPLINARITY IN LABIOPALATINE FISSURES

Bianca Gomes Pereira ²

RESUMO:

Este artigo foi realizado a fim de apresentar a importância do trabalho da equipe multidisciplinar junto à fonoaudiologia em paciente com fissura labiopalatina, suas malformações congênitas e sua herança multifatorial, ou seja, fatores genéticos e não genéticos. O objetivo foi descrever a importância do acompanhamento da equipe multidisciplinar junto ao fonoaudiólogo, desde o nascimento até a fase adulta do paciente fissurado e as dificuldades encontradas pelos pais na aceitação e adaptação para a melhor qualidade de vida do bebê durante a primeira fase, seja no posicionamento correto da amamentação e/ou no comprometimento dos pais para a melhor reabilitação do paciente. O método deste trabalho foi uma pesquisa de campo, com entrevista aos profissionais da saúde que trabalham nesta área, no Centro de reabilitação de Anomalias Congênitas da Face (CRACF) no Município de Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro e pesquisas bibliográficas.

PALAVRAS-CHAVES: Paciente fissurado. Equipe multidisciplinar. Intervenção.

¹ Artigo desenvolvido sob orientação da Prof^a. Me. Elizabeth Matilda de Oliveira Williams e co-orientação do Prof. Me. Luiz Maurício Nogueira Nunes e do Prof. Me. Cecílio Peixoto Gomes Neto como avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, no 8º. Período do curso de Fonoaudiologia e apresentado a banca examinadora.

² Aluna do curso de Fonoaudiologia do UNIFLU. E-mail: gomespereirabianca@gmail.com

RESUMEN:

Este artículo fue realizado con el fin de presentar la importancia del trabajo del equipo multidisciplinario junto a la Fonoaudiología en paciente con fisura labiopalatina, respecto a sus malformaciones congénitas y su herencia multifactorial, es decir, factores genéticos y no genéticos. El objetivo fue describir la importancia del acompañamiento del equipo multidisciplinario junto al fonoaudiólogo, desde el nacimiento hasta la fase adulta del paciente fisurado y las dificultades encontradas por los padres en la aceptación y adaptación para la mejor calidad de vida del bebé durante la primera fase, ya sea en el posicionamiento correcto de la lactancia materna y/o en el compromiso de los padres para la mejor rehabilitación del paciente. El método de este trabajo fue una investigación de campo, con entrevista a los profesionales de la salud que trabajan en esta área, en el Centro de Rehabilitación de Anomalías Congénitas de la Cara (CRACC) en el Municipio de Campos dos Goytacazes, estado de Río de Janeiro, además de investigaciones bibliográficas.

PALABRAS CLAVE: Paciente fisurado. Equipo multidisciplinario. Intervención.

ABSTRACT:

This article aimed to present the importance of the work of the multidisciplinary team together with speech therapy in patients with cleft lip, their congenital malformations and their multifactorial inheritance, i.e., genetic and non-genetic factors. The objective was to describe the importance of monitoring the multidisciplinary team together with the speech therapist, from birth to the adult phase of the cleft lip patient and the difficulties encountered by parents in accepting and adapting to the best quality of life of the baby during the first phase, whether in the correct positioning of breastfeeding and/or in the parents' commitment to better patient rehabilitation. The method of this study was a field research, with an interview to health professionals working in this area, at the Congenital Facial Anomalies Rehabilitation Center - Centro de Reabilitação de Anomalias Congênitas da Face - (CFARC) in Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State and bibliographical research.

KEYWORDS: Cleft Patient. Multidisciplinary Team. Intervention.

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da fissura labiopalatina, com a origem embrionária e das suas malformações congênitas em pacientes que nascem com essas alterações, comprometimento da estética, da fala e da posição dos dentes (OLIVEIRA, CAPELOZZA, CARVALHO, 1996). Uma vez que podem ocorrer como transtornos isolados ou associados a outras anomalias de gravidade variável (PANNBACKER,

1968). O aparecimento dessas malformações é relatado por povos primitivos, como os chineses, quatro séculos antes da Era Cristã (REZENDE & MARINGONI FILHO, 1981). Será tratado aqui também, sobre os exercícios necessários que ajudarão no desenvolvimento do paciente e a importância da equipe multidisciplinar responsável por esse processo de tratamento, desde o nascimento até a recuperação do problema em estudo.

Segundo Bastos, Peres, Ramires, (2003) a formação da face é um processo de grande complexidade, tornando essa região muito suscetível a erros de morfogênese, o que explica o grande número de anomalias congênitas que podem ocorrer no complexo craniofacial. As fissuras se estabelecem precocemente na vida intrauterina, ou seja, entre a 4ª e 12ª semana, fase em que, no embrião normal, dá-se a fusão dos diversos processos embrionários, responsáveis pela formação desta área da face.

De acordo com Altmann (1997), a razão entre os sexos também difere: a fissura palatina é mais frequente no sexo feminino, enquanto que a fissura labiopalatina ocorre em maior número no masculino. A maior incidência de fissura palatina no sexo feminino pode ser explicada pelo fato do tempo de fusão das lâminas palatinas mais tardias neste caso, sendo, portanto, suscetível à ação dos fatores ambientais.

De forma geral, às fissuras do lábio e do palato atribuiu-se herança multifatorial, ou seja, fatores genéticos e fatores não genéticos. E as várias formas em que estas se apresentam podem ou não se relacionar a esses fatores. De qualquer forma, deve-se ter em mente a classificação para os vários tipos de fissura quando se pretende compreender qual ou quais fatores levaram à ocorrência da mesma (ALTMANN, 1997).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever a importância do acompanhamento da equipe multidisciplinar (Pediatra, assistente Social, Bucomaxilo, Cirurgião dentista, ortodontista, Cirurgião plástico, otorrinolaringologista) junto ao fonoaudiólogo, desde o nascimento até a fase adulta do paciente fissurado e observar as dificuldades encontradas pelos pais na aceitação e adaptação para a melhor qualidade de vida do bebê durante a primeira fase, seja no posicionamento correto da amamentação e/ou no comprometimento dos pais para a melhor reabilitação do paciente.

Como método de trabalho foi realizado uma Pesquisa de Campo, com entrevista aos profissionais da saúde que trabalham nesta área, no Centro de Reabilitação de Anomalias Congênitas da Face (CRACF) no Município de Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro e pesquisas bibliográficas.

A escolha pelo tema abordado justifica-se pela importância de entender o papel da equipe multidisciplinar junto ao fonoaudiólogo dentro do CRACF, delimitando a conhecer os aspectos fundamentais das atividades desenvolvidas pela equipe.

2 - HISTORICIDADE DA FISSURA LABIOPALATINA

Os primeiros relatos de casos com fissura labial remontam ao século I da Era Cristã. Ao longo dos tempos, houve várias tentativas de descrever a etiologia deste tipo de malformação, embora o real progresso do conhecimento das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos somente aconteceu nos últimos 50 anos (LOFIEGO, 1992). Hoje, sabe-se que entre as anomalias congênitas da face, as fissuras labiopalatinas, também conhecidas como lábio leporino ou goela de lobo, são as mais comuns. No Brasil, estima-se que a cada 700 recém-nascidos, um seja portador de fissura (MENEGOTTO e SALZANO, 1991).

A natureza das fissuras labiopalatinas decorre da falta de coalescência dos processos maxilares, mandibulares e frontonasal no período embrionário ou no início do período fetal, considerando-se que a palatogênese começa no final da quinta semana e se completa somente na décima segunda semana do desenvolvimento fetal, sendo o período mais crítico para a ocorrência de más-formações de palato o que vai da sexta até o início da nona semana (MOORE e PERSAUD, 2004).

Strufaldi (2016) ressalta que, o diagnóstico é realizado através do exame de ultrassonografia, que por volta da 15ª semana pode-se visualizar o nariz, lábios e palatos. Através da utilização do ultrassom no pré-natal, aumentou significativamente o diagnóstico precoce das fissuras labiopalatinas. Entretanto, o ultrassom tridimensional permite uma visualização melhor do defeito, principalmente do palato. É muito comum que as fissuras orais não sejam aparentes ao nascimento.

Ainda para Strufaldi (2016), as fendas orais podem ser causadas por: fatores genéticos (genes ou cromossomos); teratógenos (por exemplo, consumo de álcool, uso de anticonvulsivantes, alguns antibióticos e antifúngicos durante a gestação),

hereditariedade e fatores não genéticos (deficiências nutricionais, tabagismo, alterações metabólicas durante a gestação) compondo o que se conhece como mecanismo multifatorial.

Nunes (2005), realizou uma pesquisa e verificou que a prevalência de fissuras labiopalatais no Município de Campos dos Goytacazes, entre 1999 e 2004, foi de 1,35 casos por 1000 nascidos vivos. E o tipo de fissura mais encontrado foi o pós-forame incisivo e o gênero masculino foi o mais atingido. Apesar de a raça branca ser a mais acometida pela malformação, o percentual de casos por raça não diferiu estatisticamente em relação à distribuição de nascidos na população. A maior parte das mães era solteira ou separada, possuindo como característica o baixo grau de escolaridade.

Nunes (2005), afirma ainda que:

Ao analisar as informações descritas na Declaração de Nascido Vivo (DNV) com o tipo de fissura diagnosticado nos pacientes, constatou-se que a fissura labiopalatina teve a maior porcentagem de acerto (57,9%), sendo seguida pela fissura labial (47,4%). A fissura palatina foi o tipo que menos correção apresentou, tendo apenas 25% das DNV coincidindo com o tipo de fissura que o paciente apresentava ao decorrer da pesquisa feita pelo autor.

Depois que o bebê nasce, é feita uma avaliação clínica completa para identificar se há outros sinais e sintomas associados àquela fissura que podem estar associados a uma má formação cardíaca, por exemplo, ou a alguma síndrome de deformidade facial com outras implicações além das fendas. A criança também pode apresentar otite e outras inflamações na tuba auditiva, que liga o ouvido à faringe, já que o mecanismo não funciona corretamente, como por exemplo, a síndrome de Pierre Robin, que é uma patologia cujas características são: micrognatia (hipoplasia da mandíbula), glossoptose (queda da língua para trás), obstrução respiratória e possíveis complicações advindas desta, fissura palatina em “U” ou “V” em 60 a 80% dos casos. Fissura submucosa, retardo mental em aproximadamente 20% dos pacientes e palato ogival é uma característica descrita por pouquíssimos autores (STRUFALDI, 2016). Mas, Altmann (1997), ressalta que este aparece em 80 % dos casos, havendo ou não fissura pós-forame incompleta.

Imagem 1 – Vistas frontal e lateral pré-operatórias de uma criança com sequência de Pierre Robin



Fonte: Sesenna *et al. Italian Journal of Pediatrics* 2012 38:7 doi:10.1186/1824-7288-
<https://pedclerk.bsd.uchicago.edu/page/pierre-robin-sequence>

3 - A ORIGEM E A CLASSIFICAÇÃO DAS MÁSFORMAÇÕES

A etiologia das malformações faciais ainda é desconhecida. No entanto, de acordo com Nussbaum (2001, p.31-35) e Moore e Persaud (2004, p.31-35), existem evidências que fatores genéticos e ambientais atuam em associação na origem das fendas labiopalatinas.

Baroneza, *et al* (2005) ressaltam que agentes teratogênicos podem aumentar o risco de uma mãe conceber um filho com fissura labiopalatina quando exposta nos primeiros meses de gravidez. Ainda apontam que as fendas labiais e/ou palatinas podem ser causadas pela ingestão materna de drogas anticonvulsivantes durante a gestação, bem como devido à prática de tabagismo. E alguns estudos encontraram uma correlação entre a idade dos pais e a incidência de fissuras, dos quais houve maior correlação com a idade paterna.

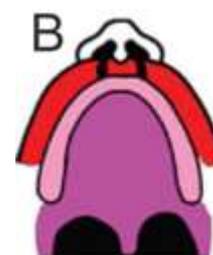
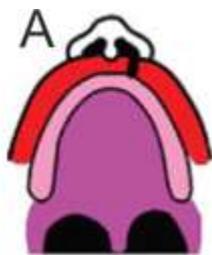
Segundo Pacheco (2019), Agência Espanhola de Medicamentos e Produtos de Saúde (AEMPS), publicou no dia 12/09/2019 que o medicamento Ondansetrona aumenta o risco de defeitos de fechamento orofacial (lábio leporino, fenda palatina) após seu uso durante o primeiro trimestre de gravidez.

A tendência geral é acreditar na hipótese congênita onde a causa residiria em fatores extrínsecos intrauterinos que impediriam o crescimento mandibular normal.

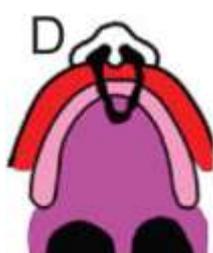
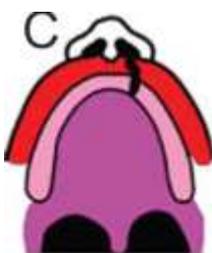
Quando há fissura, pode ser resultante da pressão lingual posterior e superior nos primeiros meses de gestação, impedindo o fechamento das lâminas palatinas. (ALTMANN, 1997, p.522).

Muitas foram as tentativas de classificação de fissuras ao longo dos anos. Atualmente, a mais utilizada no Brasil é a formulada por Spina *et al* (1972), que propuseram uma classificação em quatro categorias, tomando como ponto de reparo o forame incisivo, limite entre o palato primário e o secundário. Assim, as fissuras são classificadas em: fissura pré-forame incisivo, que são exclusivamente labiais, sendo originárias embriologicamente do palato primário; fissura pós-forame incisivo, que são fendas palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato primário ou envolver o palato secundário; fissura transforame incisivo, de maior gravidade, envolvendo estruturas anatômicas oriundas dos palatos primário e secundário e fissuras raras da face, que são as fissuras oblíquas do lábio, nariz, ou mesmo de toda a face.

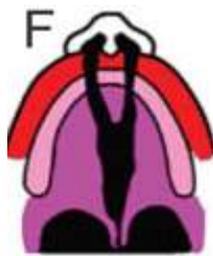
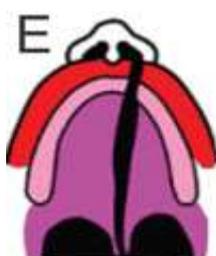
Segundo Spina (1972), temos a seguinte classificação:



A - Fissura Labial Esquerda Pré-forame Incompleta B - Fissura Labial Bilateral Pré-forame incompleta



C - Fissura Labial Esquerda Pré-forame Completa D - Fissura Labial Bilateral Pré-forame Completa



E - Fissura Labial Esquerda Transforame Completa F - Fissura Labial Bilateral Transforame Completa



G - Fissura Palatina Pós-forame Completa



H - Fissura Palatina Pós-forame Incompleta

Fonte: www.Operaçãosorriso.org.br e www.facebook.com/asfissuradas

4 - TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO PROPRIAMENTE DITO

Segundo Altmann (1997), o tratamento fonoaudiológico precoce é dividido em seis áreas básicas: alimentação, hábitos, sensibilidade, linguagem e fala, audição e desenvolvimento neuropsicomotor. Na abordagem fonoaudiológica precoce, a avaliação e tratamento são feitos concomitantemente, ou seja, na mesma consulta o fonoaudiólogo observa a criança, faz perguntas à mãe a respeito de vários aspectos que serão explicados a seguir e dá orientações novas de acordo com o que foi observado na consulta.

De acordo com Altmann (1997), os objetivos a serem alcançados na alimentação de um bebê com fissura labiopalatina são os mesmos de um bebê normal. A prioridade está relacionada à manutenção da nutrição, pois dela depende da sobrevivência. A segunda, relaciona-se na busca de uma técnica que deve permitir a estimulação da região bucal, pois estes movimentos facilitarão o desenvolvimento motor oral.

A alimentação do fissurado labiopalatino é muitas vezes difícil, sobretudo quando a família ainda não foi orientada. Os problemas mais frequentes são: sucção inadequada por falta de pressão intraoral; tempo de mamada prolongada e regurgitação. O aconselhamento precoce sobre as melhores técnicas alimentares

mostra que os filhos de famílias bem orientadas crescem mais, alimentam-se mais facilmente, e a ansiedade dos pais é menor (ALTMANN, 1997).

As crianças portadoras de fissura pré-forame incisivo não têm problemas alimentares, mas aquelas com fissura pós-forame ou transforame incisivo, podem apresentar dificuldade alimentares por não conseguirem uma pressão intraoral adequada durante a alimentação, tão importante, pois evita que o leite penetre na nasofaringe e conseqüentemente que penetre na tuba auditiva. No recém-nascido, seja ele portador de fissura labiopalatina ou não, a tuba auditiva é mais curta, larga e horizontal do que o indivíduo adulto, facilitando ainda mais a penetração de alimentos (DALBEN, COSTA, GOMIDE, 2002).

Altmann (1997) ressalta que os bicos de mamadeira mais adequados são os ortodônticos por serem curtos e anatômicos. O furo deve ser graduado de acordo com o potencial de sucção de cada criança, sendo um tamanho regular usualmente indicado para intensificar o movimento de sucção. O bico é posicionado na região anterior da boca com o furo voltado para cima de forma similar ao posicionamento do seio materno na cavidade oral do bebê. O leite com o furo nessa posição não é direcionado para a cavidade nasal devido à postura vertical que favorece a ação da força gravitacional. Sendo assim, mesmo em bebês que não fazem uso da placa ortopédica, aconselha-se esse tipo de conduta.

Existe um protocolo para terapia em pacientes bebês com fissura de palato que indicam o uso de ortemas (prótese de amamentação). São próteses confeccionadas a partir de moldagem da boca do bebê, sendo confeccionadas no modelo de gesso e frequentemente substituídas, adequando-as ao crescimento maxilar do indivíduo até que o mesmo seja submetido à cirurgia. Tendo como função reabilitar provisoriamente e recuperar funções oronasais (ROSA e MEDEIROS, 2006).

Figura 2 - Próteses





Fonte: Figuras cedidas por Luíz Maurício Nogueira Nunes – acervo pessoal.

5 - CENTRO DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS DA FACE (CRACF)

O Centro de Reabilitação de Anomalias Congênitas da Face (CRACF), foi fundado em 1994, é um dos programas que presta atendimento aos portadores de anomalias congênitas da face e aos familiares, em especial aos pacientes com fissura labiopalatal, desde o nascimento até a fase adulta. É composta por uma equipe multidisciplinar (fonoaudióloga, pediatra, assistente social, psicóloga, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, odontopediatra, ortodontista e bucomaxilo). Teve início no interior do estado do Rio de Janeiro e atualmente tem cerca de 700 pacientes cadastrados, dentre eles pessoas residentes em Campos dos Goytacazes e em outros municípios. O CRACF faz parte dos Programas Especiais da Prefeitura e funciona nas dependências do Centro de Referência de atendimento ao público portador de fissura (AQUINO, 2017).

A equipe do CRACF foi entrevistada, a fim de obter mais informações sobre a importância do trabalho realizado por eles com os pacientes fissurados. As entrevistas feitas com alguns desses profissionais seguem na íntegra nos Anexos.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, compreende-se que as fissuras labiopalatinas constituem um tipo complexo de anomalia craniofacial, pela qual o portador apresenta inúmeras alterações físicas, psicológicas e sociais.

E, pelas respostas apresentadas no questionário realizado com os profissionais da equipe que compõe o CRACF, conclui-se que é essencial o trabalho de uma equipe que trabalha em prol de um mesmo objetivo. Pois, percebe-se que, atender o paciente como um todo, ajudar família e o paciente num primeiro momento é o carro chefe desses profissionais. Por isso, passar por essa equipe é de suma importância para obter as orientações e tratamento adequados para o bem-estar do paciente.

Tendo em vista que não é uma patologia de fácil tratamento e acompanhamento, vale ressaltar, a importância do tratamento multidisciplinar desde o nascimento até a fase adulta, onde os profissionais de diferentes áreas possam em conjunto, realizar diagnóstico, planejamento, tratamento e preservação adequados para cada tipo de fissura labiopalatina considerando as peculiaridades de cada caso, visto que sem o tratamento adequado é impossível obter um resultado benéfico para uma qualidade de vida melhor desses pacientes, inserindo-os na sociedade em que vivem, evitando isolamento e restrições desnecessárias.

Sendo assim, a sincronia da equipe é de fundamental importância para que os pais ganhem confiança e permaneçam até o final, garantindo assim o sucesso no tratamento realizado.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, Elisa B. C. *Fissuralabiopatina* 4. Ed. São Paulo Ampl. Atual. Carapituiaba, pró-fono Departamento editorial, 1997.

AQUINO, Cleide Neves de. *Pré-Natal Psicológico á Gestantes com diagnósticos de malformação fetal: Campos dos Goytacazes Fissura Labiopalatina*, 2017.

BARONEZA, José Eduardo; et al. *Dados Epidemiológicos de Portadores de Fissuras LabioPalatinas de uma Instituição Especializada de Londrina Estado de Paraná*. Acta Scientiarum. Health Sciences, 2005.

BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C. S.; RAMIRES, I. *Educação para a saúde*. In: PEREIRA, A. C. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003.

DALBEN, G. S.; COSTA, B.; GOMIDE, M. R. *Características básicas do bebê portador de fissura lábio palatal – aspectos de interesse para o CD*. São Paulo Rev Assoc Paul Cir Dent. 2002.

LOFIEGO, J. L. *Fissuralabiopalatina: avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico*. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

MENEGOTTO, B. C.; SALZANO, F. M. *Epidemiology of oral clefts in a large South American sample. Cleft PalatCraniofacJ., Baltimore, Estados Unidos v. 28, 1991.*

MOORE, K,L; PERSAUD,T.V.N. *Embriologia clínica*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004.

NUNES, Luíz Maurício Nogueira. *Prevalência de Fissuras Labiopalatais e sua Notificação no Sistema de Informação*, Piracicaba. SP, 2005.

NUSSBAUM, R. L.: *Thompson &Thompson Genetics in Medicine*. 6. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, Estados Unidos, 2001.

OLIVEIRA, D. F. B.; CAPELOZZA, A. L. A.; CARVALHO, I. M. M. *Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados*. São Paulo Ver. Assoc. Paul CirDent 1996.

PACHECO, L. F. *Ondansetrona vonau ou zofran aumenta risco de lábio leporino ou fenda palatina*. 2019. São Paulo, Disponível em: <http://www.doutorlucashomeopatia.com.br>. Acesso em: 31 outubro 2019.

PANNBACKER, M. *Congenital malformations and cleft lip and palate*. CleftPalate J. 1968; 5: 334-339.

REZENDE, J. R. V.; MARINGONI, FILHO N. *Relacionamento entre os fatores presentes no nascimento de malformados do lábio e do palato: raça com tipo e lado da lesão*. Rev. Paul Odontol. 1981.

ROSA, Emanuelle de Oliveira; MEDEIROS, Sara Tereza Silva. *Prótese obturadora no tratamento de fissura palatina* Porto Velho- RO, 2016.

SPINA, V.; *et al. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação*. Rev. Hospital Faculdade Medicina, São Paulo. 1972.

STRUFALDI, M. B. *A criança com fissura labial e fenda palatina na escola*. São Paulo, 2016. Disponível em:< <http://www.Creche segura.com.br> criança com fissura labial>, Acesso em: 14 agosto 2019.

ANEXO

ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DO CRACF

PEDIATRA

1. De que forma se deve avaliar o paciente portador da lesão labiopalatal na primeira consulta?

R.: Na primeira consulta identifica-se que tipo de fissura, o comprometimento que ela vai causar na criança e avalia-se que procedimentos podem ser realizados. Futuramente, então, programa-se a primeira avaliação. A vida da criança no sentido da reabilitação cirúrgica, clínica como que vai proceder. Dali em diante, os outros especialistas, a se encaminhar a criança, vão precisar avaliar de acordo com o tipo de fissura. Eu não avalio só a fissura, mas a criança num todo. É muito comum vir outras malformações associadas, anomalia congênita da face. A avaliação inicial é bem completa, desde a programação da vida dessa criança até a alta.

2. Em que momento pode ocorrer a intervenção do pediatra com os pais?

R.: Hoje cada vez mais estamos recebendo gestantes e, é muito comum as pessoas conhecerem o serviço, assim sendo mais propagado. Recebemos gestantes que fazem a morfológico e identificam a malformação. Então, esse contato antes do bebê nascer com a gestante é muito importante para a família, porque tem a possibilidade de mostrar os casos, avaliar as outras crianças que estão circulando no CRACF, preparamos a família para receber a criança com fissura e explicamos as fases e os tratamentos que vai passar dali para frente.

3. Como é seu acompanhamento com a criança fissurada?

R.: O acompanhamento começa no momento em que a mãe descobre que tem um filho fissurado durante a gestação até a reabilitação completa. Isso não tem idade e muitos casos recebe-se adultos até bem mais velhos que, por algum motivo, ao longo da vida não tiveram a oportunidade de fazer o tratamento. Então, o tratamento é do momento que descobre o bebê fissurado até a reabilitação completa que pode ser em qualquer idade.

4. Quais são as doenças que podem ocorrer com a criança com fissura labiopalatina?

R.: É muito comum vir associado às malformações abdominais, renais, principalmente e malformação de extremidades, polidactilia, uma das coisas comuns de acontecer, em alguns casos também malformação cardíaca e outras doenças associadas.

5. O que você acha da participação da equipe multidisciplinar durante o processo de tratamento?

R.: É fundamental esse paciente precisar ser visto como um todo, não dá para fazer a parte médica sozinha, precisa de um serviço social integrado, juntamente à família, orientando a situação familiar. A psicóloga é importantíssima, pois é um abalo na família quando se descobre que o paciente é fissurado, mesmo que você tenha pai fissurado, avó, tio, espera que isso não aconteça. Então, é muito importante o fonoaudiólogo no tratamento da fala, da alimentação do bebê, da evolução, a parte dentária toda da ortodontista, o cirurgião plástico que vai finalizar a estética da criança e entres outros profissionais. A equipe tem que ser multidisciplinar e tem que estar muito integrada e orientar da mesma forma o paciente para que essa evolução seja satisfatória.

ASSISTENTE SOCIAL

1. Qual a sua participação no atendimento com pacientes fissurados?

R.: O serviço social é a porta de entrada. Então, os pacientes que chegam precisam passar pelo serviço social para ter a orientação e encaminhamentos para os outros profissionais.

2. De que forma vocês os acompanham?

R.: Nos atendimentos mensais ou semanais. Sem atendimento domiciliar, mas às vezes, faz-se busca ativa quando o paciente está faltando demais, há o contato para saber o que está acontecendo e o atendimento é somente ambulatorial.

3. Quais são as orientações necessárias que você como profissional faz aos pais?

R.: A orientação inicial quando a criança vem pela primeira vez, caso novo, e quando a criança já está aqui no atendimento, fazemos abordagem como vive a família, questões sociais, rendimento da família e quando a criança já está fazendo o tratamento, interagimos melhor porque já conhecemos a família.

4. Quando começa a sua participação com os pais do paciente?

R.: Na gravidez, quando a mãe nos procura para nosso atendimento e também quando o hospital nos liga para informar que nasceu um bebê com fissura, que não foi diagnosticado no ultrassom, que é o caso mais complicado e assim mantemos o contato com o serviço social.

5. Qual o protocolo de entrevista você utiliza com os pais dentro do ambiente hospitalar ou clínica?

R.: No atendimento hospitalar não tem protocolos, há o conhecimento do bebê e da família inicialmente; e quando a mãe não conhece nada sobre fissura, há a explicação que tem o CRACF em Campos, é fornecido todos os dados, onde é o local, o horário do atendimento, os dias em que há atendimento, para poder marcar a primeira acolhida no ambiente laboratorial, sendo feita, assim, a ficha inicial.

PSICÓLOGA**1. Quando se inicia o tratamento de psicologia com os pais?**

R.: Já começa desde a gestação, quando a mãe descobre que a criança tem fissura, eles já vêm aqui para conversar com a equipe que futuramente vai cuidar da criança, e quanto mais precoce melhor para ter mais conhecimentos e não perder o vínculo com o bebê, tem pais que só descobrem a fissura quando o bebê nasce. Nesse caso é mais complexo. Então o trabalho se dá mais com a questão do emocional para minimizar o sofrimento durante o primeiro momento.

2. De que forma deve ser feito esse acompanhamento?

R.: Depende do caso, quinzenal ou mensal para acompanhar o bebê. Há orientação à mãe sobre a estimulação precoce e o vínculo familiar, e quando são crianças maiores ajudo com aceitação. Casos bem aleatórios, as demandas são bem diferenciadas, e aqui não tem limite de idade, há adultos, adolescentes. Na adolescência tem o peso maior com os questionamentos, e assim começamos a trabalhar com a identificação.

3. Quais são as etapas do tratamento que você está presente?

R.: O trabalho da psicoterapia é ao longo prazo, a base aqui é a psicoterapia breve com o foco da logoterapia. Na psicanálise, trabalha-se muito com a questão da fala do que eles estão sentindo, de devolver a eles o que eles falam e também o autoconhecimento.

4. Como lidar com a questão emocional dos pais?

R.: *Depende da demanda, geralmente eu faço a entrevista, então já se conhece desde a maternidade. A relação com os pais já vem, às vezes leva criança que não demanda à terapia, mas quando é bebê, a terapia se dá com a mãe, bebê e família; mãe, pai e filho, e a criança. É importante ela saber o que está acontecendo e os processos que vai passar. A aceitação da criança é fundamental.*

5. É fundamental a equipe do CRACF?

R.: *Sim. A equipe do CRACF é ótima, os profissionais são muito focados e envolvidos. Com aquela paixão de cuidar dos pacientes, é muito importante porque um complementa o outro. E o objetivo é que aquela criança fique saudável e a família também.*

OTORRINOLARINGOLOGISTA

1. De que forma é o seu trabalho com os fissurados?

R.: *A análise, da nossa especialidade, verifica a parte funcional, como que é a fissura, se é só a transforame que pega toda a parte do lábio, palato, nariz, ou se é só pré-forame que é só o labial ou pós-forame que é no palato, a análise maior nossa é principalmente devido às alterações auditivas. Tem paciente, criança que tem a fenda palatina, apresenta mais proporção de ter disfunção da tuba auditiva que, conseqüentemente, tem a perda auditiva. Perda essa, condutiva. Nesses casos, nós avaliamos a parte como que é a fissura, a gente não faz a cirurgia. Fica mais focado na perda auditiva. Tem paciente também que faz alteração nos desvios de septo, porque na embriogênese um lado do assoalho do nariz fica diferente do outro, e acaba tendo desvio de septo, mas isso também não faz quando criança. Quando é adolescente com 15 e 16 anos se pensa na cirurgia, principalmente aquelas crianças que chegam a nós e o foco maior é auditivo. Lá atendo também pacientes idosos e consigo trabalhar a parte respiratória.*

2. Quais são as causas que levam a criança com fissura adquirir infecção?

R.: *É mais fácil porque está aberto, então ela não tem a barreira no nariz, na garganta, refluxo, então a comunicação é mais fácil de ter a infecção e também tem mais facilidade de infecção no ouvido, mais chance de ter otites.*

3. De que forma é avaliada a criança na primeira consulta?

R.: *Basicamente é anamnese e exame físico, histórico da família e o exame físico. Trabalhar como que se é essa fissura, qual é o tipo, e sempre pedir à fonoaudióloga fazer o teste da orelhinha que é o de emissões otoacústicas. Paciente com anomalias crânio facial, a gente também inclui como indicadores de risco de deficiência auditiva, então tem que fazer o exame chamado Bera ou Peate.*

4. E quais são as infecções mais comuns?

R.: *São mais infecções se o paciente ficou muito tempo internado no CTI, são infecções hospitalar e ser for o caso de berçário que só tem a fenda que precisou ficar no CTI, são infecções respiratórias dos genes bacterianos.*

5. Qual a importância do otorrinolaringologista junto com o trabalho da fonoaudiologia?

R.: *O trabalho mais intenso é para fonoaudiologia do que para o otorrino, porque faz não só a parte de deglutição, na mamada, dessa parte que altera muito na motricidade oral, saber a chupeta e o bico de mamadeira adequados para cada caso. O otorrino entra na parte de melhorar tanto na parte respiratória quanto auditiva. A gente aborda junto, eu faço a parte cirúrgica e a fonoaudióloga a parte de adaptação.*

CIRURGIÃO PLÁSTICO

1. Quando que começa a sua participação com os pacientes fissurados?

R.: Começamos desde o nascimento, na atuação do fissurado e o tratamento é multidisciplinar que tem, a fonoaudióloga, pediatra, dentista, psicólogo, otorrino e cirurgião plástico. É importante que todos participem, o que acontece no período da cirurgia logicamente é um pouco mais a frente, começa com o lábio, entre 4 a 5 meses de acordo com o peso, e desde cedo você presta o atendimento à família, porque a ansiedade é muito grande quanto ao resultado da operação.

2. Com que idade começa a primeira cirurgia?

R.: A primeira cirurgia é realizada no lábio, começa com 4 a 5 meses com o peso atingido 5 quilos, se pode atuar na parte do lábio e na asa do nariz, e depois com 12 a 14 meses começa a atuar na parte da fala que é a prevenção, palatoplastia de acordo com a deficiência de cada um, depois tem a parte da fissura alveolar, que faz a partir de 7 a 8 anos.

3. Quais são os nomes das cirurgias feitas em fissurados?

R.: Queiloplastia é parte do lábio, palatoplastia completa e incompleta, e depois o paciente tem a reconstrução nasal, a cirurgia de fístula, também tem alvéoloplastia que é na parte alveolar.

4. Você acha importante o serviço da fonoaudiologia dentro do seu trabalho?

R.: A fonoaudióloga tem um papel fundamental, como toda a equipe tem a sua etapa de tratamento, a fala tem uma importância muito grande, o cirurgião plástico faz a cirurgia, mas é importante também os exercícios da fala com a fonoaudióloga, quando pega a criança mais nova, consegue obter melhores resultados, praticamente não adquiriu o vício de linguagem, mas quando pega o paciente que adquiriu o vício, só a cirurgia não adianta. Outra importância também ao nascer é a fonoaudióloga que orientar a família sobre a deglutição desde o nascimento, pois há certa dificuldade. O trabalho da fonoaudiologia é muito importante.

5. E sobre a equipe do CRACF?

R.: É fundamental, esse é um tipo de patologia que há necessidade de ter uma equipe multidisciplinar, então é um atendimento que vai do nascimento até a fase adulta, se não tiver a equipe, a pessoa não terá o sucesso de ter uma vida normal.

CIRURGIÃO DENTISTA**1. De que forma trabalha com paciente fissurado?**

R.: Aqui o grupo é multiprofissional, geralmente essas crianças quando nascem já devem passar pela pediatra, psicóloga, fonoaudióloga e outros profissionais e o trabalho do cirurgião dentista é fazer orientação sobre a higiene que deve ser feita desde o início, para que criança não apresente cárie. Orientação de higienização de fissura avalia-se o bebê, se nasceu com dente, normalmente não tem dente quando nasce, mas às vezes acontece; o normal é não ter.

2. A partir de qual idade você, como dentista, trata dos pacientes com fissura?

R.: Do início quando eles chegam aqui logo se avalia. Os casos mais complicados e complexos, acabam indo direto para o Rio ou para Bauru.

3. Quais são os tipos de tratamentos?

R.: Eu fico com a parte clínica, faço as restaurações, extrações, entre outros. Temos o bucomaxilo que faz a parte do siso e a cirurgia de enxerto ósseo e tem também a parte do ortodontista.

4. Qual importância fonoaudiologia dentro do seu trabalho como dentista?

R.: É muito importante, principalmente o trabalho conjunto com a motricidade orofacial.

5. O que você acha do trabalho da equipe multidisciplinar do CRACF com os fissurados?

R.: Eu acho essencial o trabalho da equipe, pois trabalha em prol do mesmo objetivo: atender o paciente como um todo, ajudar família e o paciente que, num primeiro momento, é um baque enorme, então precisa passar pela equipe para ter a orientação e tratamento correto para o bem-estar do paciente.

ORTODONTISTA

1. Quando acontece a primeira avaliação?

R.: A primeira avaliação do ortodontista começa aos 6 anos, mas é acompanhado desde o nascimento pela equipe multidisciplinar. Podemos dizer que aos 6 anos se tem o controle maior sobre a criança que está na idade de trocas de dentes decíduas com a erupção dos dentes permanentes, conseguimos instalar algum tipo de aparelho, e assim é um processo diário ou mensal com o paciente, que vai até os 20 anos.

2. Quais são os métodos utilizados com os fissurados?

R.: Em relação aos fissurados. Eles têm uma deformidade no arco superior uma atresia, basicamente o que a gente faz na ortodontia, é a expansão da arcada superior, e preparar o paciente para cirurgia, após a cirurgia volta para fazer o tratamento ortodonticamente normal.

3. Quais são os tipos de tratamento?

R.: É uma equipe multidisciplinar que contém fonoaudiologia, dentista, bucomaxilo, cirurgião plástico entre outros. Então, o paciente nasce com fissura passa pelo cirurgião plástico, pediatra, fazendo as primeiras intervenções, depois para o dentista, faz a cirurgia de enxerto ósseo, continua com o dentista fazendo ortodontia e está sempre sendo acompanhado pelo fonoaudiólogo, psicóloga e tudo mais e finalizo com implante ou prótese no final.

4. O que você acha do seu trabalho dentro do CRACF?

R.: É um trabalho gratificante, são os pacientes que precisam de uma atenção, eles se preocupam mais pela estética, estão quando conseguimos essa estética, demos tranquilidade para eles saírem nas ruas, e isso dá muito prazer.

5. Qual a importância do seu trabalho junto com a fonoaudiologia?

R.: Na verdade, vamos fazer uma comparação ortodontista preparar a boca que é a caixa acústica para a fonoaudióloga colocar o som. Não adianta ter uma boca atrésica ou torta e o fonoaudiólogo querer ensinar a falar direito, então é preciso preparar a caixa acústica antes, para a fonoaudióloga dar o volume nela.

BUCOMAXILO

1. Em que fase começa o seu trabalho com crianças fissuradas?

R.: Normalmente a gente recebe o paciente indicado por algum outro profissional, às vezes algum tipo de distúrbio que a criança tem durante a fase da primeira infância, eles encaminham pra mim, mas normalmente a avaliação do bucomaxilo é em torno de 8 a 10 anos, então a gente vai avaliar a extensão da fenda e decidir se precisa ou de enxerto ósseo, na fenda alveolar na parte óssea da maxila, mas assim, tem alguns que têm a linguinha presa que a gente chama de inserção do freio alto e precisa fazer frenectomia, eles encaminham pra mim antes, fora isso, com a idade 8 a 10 que começa.

2. A partir de qual idade começa a sua participação com a cirurgia?

R.: Especificamente o enxerto nessa fase é de 8 a 10 anos, fecha a fenda alveolar, a gente normalmente submete a anestesia geral, remove a porção óssea que fica na crista ilíaca (fica no

quadril), pega esse pedacinho de osso faz o preparo na região alveolar mesmo, onde tem a fenda, e agente insere esse pedacinho do osso do quadril nessa região da boca e ele é colocado com um parafusinho específico e esse ossinho fica preso naquela região e ele faz aquela coisa que chamamos de ósseo integração, que se une ao restante do osso e fica como uma maxila intacta, o osso único, e aí o ortodontista pode depois movimentar os dentes.

3. Quais são os tipos de cirurgia?

R.: Basicamente usado é essa remoção de crista ilíaca e o enxerto na fenda, existem outros tratamentos, na prática e na vivência.

4. Qual é a participação da fonoaudiologia dentro do seu trabalho?

R.: Então, a gente atende em duas fases: uma quando é bebê na questão da língua pressa, quando tem inserção alta e precisa remover o freio, para que a fonoaudiologia desenvolva o trabalho, e também pode ocorrer a disfagia, porque às vezes a fenda vai até o palato mole e tudo, então, por isso que a gente precisa fechar essa fenda para a fonoaudióloga consiga trabalhar a mastigação e outros processos.

5. Para você é importante o envolvimento da equipe do CRACF nesse processo de tratamento?

R.: É um programa muito importante, e que dão pouca importância. Na verdade é isso, a prefeitura tinha que valorizar mais esse programa, e a vida desses pacientes que ficam na espera pela cirurgia, que não são operados na idade certa pela própria falha da prefeitura.

FONOAUDIOLOGIA

1. Em que momento a criança com fissura é encaminhada até você?

R.: Assim que nasce.

2. Qual o seu primeiro trabalho após avaliar o paciente?

R.: Primeiro, assim que a maternidade comunica com a gente, o fonoaudiólogo vai até a maternidade e faz a avaliação, então no primeiro momento é a fonoaudióloga que avalia ao tipo de fissura, e aí ver se ele tem condições de aleitamento materno, pelo tamanho da fissura se ele tem apreensão, pois pode ter a fissura e vir com consequência de Pierre Robin, e dificuldade para sugar, então a fonoaudiologia faz todo esse trabalho na maternidade, porque a criança tem que sair de lá se alimentando e se não tiver nenhum problema clínico que ele permaneça mais no hospital, então é encaminhado para o ambulatório.

3. Quais são os exercícios necessários para a adaptação do aleitamento materno e da chupeta no primeiro momento?

R.: Bem, a primeira coisa a fonoaudióloga vai ver se ele tem, é o reflexo de sucção, então com a luvinha pega com leite e você coloca se ele vai fazer o movimento de sucção se ele morde em vez de sugar, ou se ele suga fazendo movimento de lábios bochecha e mandíbula, que é correto e tendo o reflexo presente, aí a gente coloca para fazer o aleitamento se a mãe tiver também o bico apropriado e se a fissura de lábio não for muito grande.

4. Em que período começa o trabalho dos fonemas para a melhora da linguagem e quais são as dificuldades?

R.: Primeira coisa tem que está falando, eu não posso instalar um fonema se ele não está falando, então é como uma criança normal, eu vou estimular a fala e a linguagem dela, de que maneira? Onomatopeia a parte de linguagem de falar, aí começamos a trabalhar o que fissurado tem de maior dificuldade. Que são os plosivos, os fricativos e aí vamos estimulando de acordo com os fonemas.

5. Qual a importância do trabalho da fonoaudiologia com criança fissurada?

R.: Nossa é tudo, primeiro a parte estética e funcional, os pais estão preocupados com a estética, nós estamos preocupados com a função, e através da função ele vai se alimentar no caso a sucção que a parte líquida, a parte dos pastosos que a língua que faz o trabalho e na mastigação. Então isso é muito importante para poder ter a motricidade da fala. A princípio quem a faz é alimentação, depois a gente vai trabalhando os fonemas e o trabalho do fonoaudiólogo é muito importante.