

# TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA E FISSURA DE PALATO: RELATO DE CASO

## *Intensive speech therapy and cleft palate: case report*

Daiane Pontes de Melo<sup>(1)</sup>, Márcia Suely Souza de Castro Ramalho<sup>(2)</sup>,  
Viviane Castro de Araújo Perillo<sup>(3)</sup>, Lidiane Cristina Barraviera Rodrigues<sup>(4)</sup>

### RESUMO

A terapia intensiva tem sido relatada na literatura como uma opção de módulo inicial da terapia convencional, pois a medida que o paciente vai percebendo melhoras em sua fala, passa a ter maior envolvimento e comprometimento com a terapia. Este artigo relata a experiência com um caso de atendimento fonoaudiológico intensivo, comparando o desempenho na produção da fala de uma paciente de 25 anos, operada de fissura palatina, antes e após a terapia fonoaudiológica intensiva. O atendimento foi realizado no período de julho a agosto de 2009, com duração de 30 minutos cada sessão, sendo 18 sessões de terapia intensiva, com encontros diários de segunda a sexta pela manhã, totalizando 9 horas de intervenção terapêutica. No primeiro atendimento foi realizada anamnese e avaliação fonoaudiológica e no último apenas a reavaliação, totalizando 20 sessões. Foi gravada em vídeo uma amostra de fala espontânea, repetição de uma lista de palavras e frases e, por fim, realizadas as provas terapêuticas com o objetivo de verificar com quais fonemas a paciente apresentava maior facilidade na produção, contribuindo para elaboração do planejamento terapêutico. Foi possível a automatização de um fonema e fixação de outro dos seis trabalhados durante as 18 sessões de terapia intensiva. Isto motivou a paciente para dar continuidade ao processo por meio de terapia convencional.

**DESCRIPTORIOS:** Fissura Palatina; Fonoterapia; Insuficiência Velofaríngea; Distúrbios da Fala; Adulto

### ■ INTRODUÇÃO

Os indivíduos com fissura palatina (FP) ou com outras alterações craniofaciais podem apresentar distúrbios articulatorios relacionados a uma variedade de causas como fístula palatal, má-oclusão, perda auditiva flutuante ou crônica

e hipertrofia das amígdalas; causas essas não limitadas à disfunção velofaríngea (DVF).

Os distúrbios podem ser de desenvolvimento, compensatórios ou obrigatórios.

Os distúrbios de desenvolvimento são aqueles que podem estar presentes em qualquer criança e não apresentam relação direta com a fissura. Os distúrbios articulatorios compensatórios (DACs) são provenientes de tentativas em compensar a válvula velofaríngea deficiente, nas fases iniciais da aquisição da linguagem, buscando outros locais de produção dos sons plosivos e fricativos, numa tentativa de bloquear a corrente de ar fonatória. Os DACs são classificados como: golpe de glote, fricativa faríngea, plosiva dorso médio palatal, plosiva faríngea, fricativa nasal posterior e fricativa velar<sup>1</sup>.

Os distúrbios obrigatórios na DVF, decorrentes de uma alteração estrutural, compreendem a hiper-nasalidade, a emissão de ar nasal, a fraca pressão aérea intra-oral e o ronco nasal<sup>2</sup>

<sup>(1)</sup> Fonoaudióloga, curso de fonoaudiologia da Faculdade São Lucas – FSL – Porto Velho (RO), Brasil, graduada

<sup>(2)</sup> Fonoaudióloga, curso de fonoaudiologia da Faculdade São Lucas – FSL – Porto Velho (RO), Brasil, mestre em Ciências da Saúde pela UNB

<sup>(3)</sup> Fonoaudióloga, curso de fonoaudiologia da Faculdade São Lucas – FSL – Porto Velho (RO), Brasil, mestre em Ciências pelo programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação – UNIFESP

<sup>(4)</sup> Fonoaudióloga, curso de fonoaudiologia da Faculdade São Lucas – FSL – Porto Velho (RO), Brasil, mestre em Fonoaudiologia pela FPB - SP

Conflito de interesses: inexistente

A falha no desempenho articulatório das estruturas da velofaringe, decorrentes da disfunção velofaríngea residual (após a correção cirúrgica), tem, como efeito principal, a geração de uma pressão intra-oral em níveis insuficientes para a produção de consoantes plosivas, fricativas e africadas, associada à emissão nasal do ar respiratório<sup>3</sup>.

Desse modo, o nível de inteligibilidade dos falantes com fissura será determinado pela maneira em que várias estruturas do trato vocal reagem à DVF e não pelo grau da mesma<sup>4</sup>.

A avaliação fonoaudiológica nesses casos consiste na observação das estruturas orofaciais (lábios, língua, palato, úvula, tonsilas palatinas e faringe) quanto ao aspecto morfológico e funcional, por meio da inspeção extra-oral e intra-oral. Além disso, deve ser realizada análise perceptivo-auditiva da fala, por meio da repetição de uma lista de vocábulos e frases e amostra de fala espontânea, com o intuito de verificar a articulação, ressonância, emissão de ar nasal, fraca pressão e o grau de inteligibilidade de fala<sup>5</sup>. Testes complementares também devem ser realizados para confirmação de resultados da análise perceptivo-auditiva como o teste de emissão de ar nasal, utilizando o espelho de Glatzel durante o sopro, emissão dos sons /s/, /f/, /ʃ/, /i/ e /u/ prolongados isoladamente e alguns vocábulos orais; e o teste de hipernasalidade, por meio da emissão da vogal /i/ e /u/ sustentada e de vocábulos orais, com e sem oclusão de narinas<sup>5</sup>.

A avaliação da função velofaríngea é baseada nos escores de hipernasalidade, escape aéreo nasal e presença ou não de articulações compensatórias obtidos durante a realização da avaliação perceptivo-auditiva da fala. A função velofaríngea pode ser classificada por meio de uma escala de três pontos: (1) corresponde à função velofaríngea adequada, (2) está relacionado à função velofaríngea marginal e (3) corresponde à função velofaríngea inadequada<sup>2</sup>.

A terapia diária, pela proximidade e frequência dos encontros, possibilita a observação gradativa das modificações da fala dos pacientes, corrigindo-a sempre que preciso e auxiliando os pacientes na percepção de suas dificuldades e no modo correto de produção dos sons da língua. A terapia intensiva pode ser um módulo inicial da terapia convencional, pois a medida que o paciente vai percebendo melhoras em sua fala, passa a ter maior envolvimento e comprometimento com a terapia<sup>6</sup>.

No estado de Rondônia os estudos são muito escassos a respeito das fissuras labiopalatinas. Mas, com o objetivo de verificar o número de fonoaudiólogos que já atenderam indivíduos com fissura labiopalatina no estado de Rondônia e o enfoque terapêutico no atendimento desses indivíduos, um

estudo entrevistou 55 fonoaudiólogos por meio de um questionário. A maioria dos participantes do estudo já atendeu indivíduos com fissura labiopalatina e o enfoque terapêutico relatado por esses profissionais está baseado na área de motricidade orofacial<sup>7</sup>.

O objetivo do presente estudo foi descrever e comparar os resultados da avaliação fonoaudiológica em um indivíduo operado de fissura de palato antes e após terapia intensiva.

## ■ APRESENTAÇÃO DO CASO

O estudo foi realizado no período de julho a agosto de 2009, com duração de 30 minutos cada sessão, sendo 18 sessões de terapia intensiva, com encontros diários de segunda a sexta pela manhã, totalizando 9 horas de intervenção terapêutica. No primeiro atendimento foi realizada anamnese e avaliação fonoaudiológica e no último apenas a reavaliação, totalizando 20 sessões.

O caso pesquisado foi de uma mulher de 25 anos que reside em Porto Velho (Rondônia), cuja linguagem oral foi adquirida durante o período em que a fissura de palato pós-forame incisivo estava aberta, o que contribuiu para o desenvolvimento dos DACs. A cirurgia aconteceu apenas aos dez anos de idade. O acompanhamento fonoaudiológico em clínica particular foi realizado por dois meses após a cirurgia. Depois de um intervalo de 14 anos, no primeiro semestre de 2009, retornou ao atendimento em outra clínica, permanecendo por quatro meses com atendimentos duas vezes por semana, 30 minutos cada sessão. A paciente informou que realizava exercícios em casa, conforme orientação da terapeuta, relatando que considerava o tempo de terapia semanal muito curto e isso a deixava desmotivada, pois não percebeu melhora em sua fala.

A paciente tinha consciência de que precisava melhorar, principalmente por apresentar voz hipernasal, com escape de ar, dificuldade para falar seu nome, assoprar, emitir alguns sons, enfatizando ainda que somente seus familiares consideravam sua fala normal. Porém, tinha consciência da dificuldade em comunicar-se com pessoas que não mantinha contato diário. Algumas vezes se sentia constrangida, com momentos de tristeza e isolamento, entretanto, essas situações nunca lhe trouxeram prejuízos consideráveis em sua vida escolar, social ou no mercado de trabalho. Sua expectativa em relação à terapia intensiva era de que pudesse ao menos aprender a falar seu nome, a palavra "Jesus" e assoprar.

Ao ser proposta a modalidade de terapia intensiva, a paciente mostrou-se bastante

entusiasmada, relatando satisfação em saber que teria um acompanhamento diário, necessitando da prática frequente dos exercícios devido às cobranças de produção correta dos fonemas. Caso as produções não estivessem sendo realizadas de forma adequada, no atendimento do dia seguinte seria corrigido e, quando necessário, a terapeuta forneceria outras pistas para facilitar o processo.

No primeiro dia de atendimento foi realizada anamnese e avaliação fonoaudiológica por meio da análise da filmagem da amostra de fala espontânea, repetição de uma lista de palavras e frases com fonemas oclusivos orais e fricativos<sup>5</sup>. Por fim, realizaram-se provas terapêuticas. Foram selecionados dois fonemas plosivos e dois fricativos utilizando pistas visuais (espelho e remo de ar), auditivas (garrote) e táteis-cinestésicas (dorso da mão para sentir a saída de ar pela boca) com o objetivo de verificar quais fonemas a paciente apresentava maior facilidade para produzir, contribuindo para elaboração do planejamento terapêutico.

No último dia, foi realizada apenas a reavaliação fonoaudiológica.

As avaliações antes e após a terapia e a própria terapia foram realizadas pela mesma profissional.

Na terapia fonoaudiológica ficou definido que os primeiros 15 minutos seriam para estimular a produção correta dos fonemas por meio da conscientização e instalação do ponto articulatório e os 15 minutos restantes, para o direcionamento do fluxo aéreo para a cavidade oral com o uso de pistas táteis-cinestésicas, visuais, auditivas, utilizando hóstia, espátula, *scape-scope*, papel de bala de aniversário, remo de ar e garrote<sup>5</sup>.

Primeiramente houve estimulação da produção do som isolado, em sílabas, palavras, frases e por último em textos, sendo permitido avançar para próxima etapa somente quando a terapeuta observasse melhora significativa.

As palavras, frases e textos utilizados foram escolhidos e adaptados, quando necessário, para que apresentassem, além do fonema alvo, somente sons produzidos corretamente pela paciente. Foi iniciado com a estimulação dos fonemas fricativos alveolares e oclusivos velares (/s/, /z/, /k/ e /g/), de anteriores para posteriores, respeitando a dificuldade e necessidade da mesma, como por

exemplo, explorando palavras de seu uso diário, o seu nome e de seus familiares, sendo trabalhados simultaneamente até que estivessem adequados no nível da sílaba, para que pudessem ser introduzidos dois fonemas oclusivos linguodentais (/t/ e /d/).

A paciente foi orientada a treinar em casa por 15 minutos diários os fonemas abordados na terapia a partir da sétima sessão.

Após a finalização do estudo a paciente deu continuidade em terapias semanais, duas vezes por semana, na mesma instituição, acompanhada por um dos pesquisadores.

O sujeito participante da pesquisa foi informado sobre a realização do estudo a partir da leitura da Carta de Informação ao Sujeito da Pesquisa e, mediante a sua autorização, firmou seu consentimento assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, processo nº 387/09, seguindo-se as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados estão expostos de maneira descritiva, por quadros.

## ■ RESULTADOS

Na Figura 1 pode-se verificar os resultados da avaliação fonoaudiológica antes e depois da terapia intensiva. Houve diminuição dos DACs e da emissão de ar nasal; a hipernasalidade moderada e inteligibilidade de fala prejudicada na conversa espontânea se mantiveram, mas em palavras dissílabas a hipernasalidade diminuiu. Apesar disso a classificação da função velofaríngea<sup>6</sup> se manteve inadequada após a terapia.

Na Figura 2 constam os resultados da repetição de vocábulos e frases antes e depois da terapia intensiva. Verificou-se melhora na produção dos fonemas /s/ e /z/, diminuição do número de fonemas com emissão de ar nasal e de movimentos faciais associados.

	PERCEPTIVO-AUDITIVA DA FALA			TESTE DE EMISSÃO DE AR NASAL					TESTE DE HIPERNASALIDADE	
	Articulação	Ressonância	Inteligibilidade	Vocábulos	Sopro	/t/ e /d/	/s/	/l/ e /u/	Vocábulos orais	/l/ e /u/
<b>Antes</b>	DACs presentes em /s/, /z/, /k/, /g/, /t/ e /d/	Hipernasal moderado	Moderadamente prejudicada	6/10	Ausente	Assistemático	Presente	Presente	6/10	Positivo
<b>Depois</b>	DACs ausente em /s/, Assistemático em /z/	Hipernasal moderado	Moderadamente prejudicada	0/10	Ausente	Ausente	Ausente	Discreto (final da emissão)	4/10	Discreto

Legenda: DACs= distúrbios articulatorios compensatórios

**Figura 1 – Comparação dos resultados das avaliações antes e após a terapia intensiva, quanto a análise perceptivo-auditiva da fala, teste de emissão de ar nasal e teste de hipernasalidade**

AVALIAÇÃO INICIAL	AVALIAÇÃO FINAL
fricativa faríngea e fraca pressão intra-oral /s/ e /z/	automatização /s/ e fixação /z/
plosiva dorso médio palatal /t/ e /d/	plosiva dorso médio palatal /t/ e /d/
plosiva faríngea /k/ e /g/	plosiva faríngea /k/ e /g/
escape de ar nasal em sílabas, palavras e frases com /s/, /z/, /t/, /d/, /k/ e /g/	escape de ar nasal em sílabas, palavras e frases com /t/, /d/, /k/ e /g/
movimento glabella contração excessiva do mental	movimentos ausentes /s/ movimento assistemático /z/

**Figura 2 – Comparação dos resultados da repetição de palavras e frases, antes e após a terapia intensiva**

## ■ DISCUSSÃO

O tratamento fonoaudiológico em pacientes operados de FLP exige conhecimento e utilização de técnicas adequadas para eliminar os DACs, que frequentemente estão presentes, e não torne o tratamento muito longo.

No estado de Rondônia fonoaudiólogos entrevistados relatam que já atenderam indivíduos com fissura labiopalatina e que o enfoque está baseado na área de motricidade orofacial. Neste estado do Brasil existem profissionais para viabilizar a atuação de uma equipe em todas as etapas da reabilitação fonoaudiológica dos fissurados<sup>7</sup>.

O processo intensivo das estratégias terapêuticas e a participação direta de familiares responsáveis durante a terapia são essenciais para facilitar a apropriação do novo modelo de fala. Desse modo, com os programas de terapia intensiva diária e com condutas corretas de estratégias ocorrem melhores resultados ao paciente. Por isso a realização de duas sessões por semana, ainda que as estratégias utilizadas sejam adequadas, podem ser insuficientes<sup>8</sup>.

No presente estudo fatores emocionais como problemas familiares e resfriados constantes interferiram na evolução terapêutica, pois a paciente, em

alguns atendimentos, apresentou baixa auto-estima, cansaço e incoordenação pneumofonoarticulatória.

Percebeu-se redução do grau de dedicação da paciente no momento da realização dos exercícios em casa, algumas vezes durante o atendimento e consequentemente nos resultados da intervenção.

Os adultos jovens sentem maior dificuldade para um relacionamento interpessoal. Esses pacientes podem apresentar problemas psicológicos como depressão, fácil irritabilidade, frustração, redução de auto-estima, isolamento e suicídio, mas dependendo da personalidade do afetado e da aceitação da família, podem não apresentar distúrbios psicológicos<sup>9</sup>.

Na colocação dos pontos articulatorios corretos dos fonemas, seguiram-se as etapas de produção do fonema isolado, em contexto silábico, vocábulos, frases, leituras, até a fala espontânea com a utilização de pistas visuais, auditivas e tátil-cinestésicas, conforme sugerido na literatura<sup>5</sup>.

A paciente referiu que as pistas facilitavam a observar seus erros, enfatizando ter dificuldade gradual conforme seguia para o próximo passo, principalmente na leitura, ao perceber que seria necessário realizar as regras de pontuação e compreensão do texto lido.

Seria interessante que outros estudos se preocupassem em rever a frequência das sessões

de terapia fonoaudiológica para os indivíduos adultos portadores de fissura labiopalatina que, ao buscarem atendimento, referem ser vistos pela sociedade como maus falantes. Sugere-se a realização da terapia intensiva no primeiro mês, com sessões de 30 minutos e só então ir para a terapia semanal, conforme já proposto em outro estudo<sup>6</sup>.

Além disso, sugiro para outros estudos, como procedimento importante para garantir que não haja manipulação dos resultados, que as avaliações fonoaudiológicas pré e pós sejam realizadas por outro examinador e/ou que sejam anexadas gravação de áudio e/ou vídeo, porém, tais procedimentos não foram considerados nesta pesquisa.

Com base nos resultados deste estudo, há necessidade da realização de outras pesquisas definindo resultados terapêuticos utilizando a terapia intensiva em diferentes faixas etárias

para demonstrar se o fator idade interfere nessa evolução.

## ■ CONCLUSÃO/COMENTÁRIOS FINAIS

Foi possível a automatização de um fonema e fixação de outro dos seis trabalhados durante as 18 sessões de terapia intensiva, ou seja, resultados favoráveis em período curto. Isto motivou a paciente para dar continuidade ao processo por meio de terapia convencional. Tendo em vista que a mesma já teria realizado duas tentativas de progresso por meio de intervenções semanais sem obter resultados consideráveis, referindo não praticar os exercícios devido ao grande intervalo entre as sessões e a falta de cobrança diária, fatores estes ausentes na terapia intensiva, mostrando sua eficácia como módulo inicial de tratamento em indivíduos com FLP.

## ABSTRACT

Intensive therapy has been reported in literature as an option module's initial conventional therapy, because as the patient will realize improvements in his speech, replaced by greater involvement and commitment to therapy. This article reports the experience with a case of intensive speech therapy, comparing the performance in speech production of a patient of 25 years operated cleft palate before and after intensive speech therapy. The service was conducted from July to August, 2009. Had the duration of 30 minutes daily, with the first service was held history and speech and last only a new evaluation, and 18 sessions of intensive care, totaling 20 sessions. Was videotaped sample of spontaneous speech, repetition of a list of words and phrases, and finally, the therapeutic tests in order to determine which phonemes the patient was easier to produce, contributing to development of treatment planning. It was possible to automate setting a phoneme and another of the six worked during the 18 sessions of intensive care. This prompted the patient to continue the process by means of conventional therapy.

**KEYWORDS:** Cleft Palate; Speech Therapy; Velopharyngeal Insufficiency; Speech Disorders; Adult

## ■ REFERÊNCIAS

1. Vicente MCZ, Buchala RG. Atualização da terminologia de distúrbios articulatórios encontrados em falantes portadores de fissura de lábio e palato. *Dist Comunic.* 1991;(4):47-52.
2. Trindade IEK, Genaro KF, Yamashita RP, Miguel HC, Fukushima AP. Proposta de classificação da função velofaríngea na avaliação perceptivo-auditiva da fala. *Pró-Fono*, 2005;17(2):259-62.
3. Tabith Jr A. O esfíncter velofaríngeo. *Dist Comunic.* 1997;8(2):135-50.
4. Warren DW. Compensatory speech behaviors in individuals with cleft palate: A regulation/control phenomenon? *Cleft Palate J.* 1986;23(4):251-60.
5. Genaro KF, Yamashita RP, Trindade IEK. Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatina. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (org). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2004. cap 36, p. 456-77.
6. Lima MRF, Leal FB, Araújo SVS, Matos EF, Di Ninno CQMS, Britto ATBO. Atendimento fonoaudiológico intensivo em pacientes operados de fissura labiopalatina: relato de casos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(3):240-6.

7. Silva JQA, Souza MS, Rodrigues LCB. Perfil do atendimento fonoaudiológico ao indivíduo com fissura labiopalatina em Rondônia. [monografia]. Rondônia, Porto Velho: Faculdade São Lucas; 2010.

8. Antunes DK. Intervenção fonoaudiológica nas fissuras labiopalatinas: diagnóstico e tratamento [resumo 5]. Pró-Fono [Internet]. 2008 [Citado 2008

Out 13]; 20(Supl):14-6. [Apresentado Congresso Brasileiro De Fonoaudiologia e Genética dos Distúrbios da Comunicação; 2008; Fortaleza, Ceará]. Disponível em: [www.revistaprofono.com.br](http://www.revistaprofono.com.br)

9. Ribeiro EM, Moreira ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. RBPS. 2005;18(1):31-40.

Recebido em: 17/04/2012

Aceito em: 07/03/2013

Endereço para correspondência:

Lidiane Cristina Barraviera Rodrigues  
Alexandre Guimarães St., 1927 – Areal

Porto Velho, RO-Brazil

CEP: 78916-450

E-mail: [lidicbr@hotmail.com](mailto:lidicbr@hotmail.com)

[lidiane@saolucas.edu.br](mailto:lidiane@saolucas.edu.br)