UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

CAROLINE ANTONELLI MENDES

**Instrumento de rastreio do risco para alterações de fala em
crianças com fissura labiopalatina**

BAURU
2018

CAROLINE ANTONELLI MENDES

**Instrumento de rastreio do risco para alterações de fala em
crianças com fissura labiopalatina**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Versão corrigida

BAURU
2018

M522i Mendes, Caroline Antonelli
Instrumento de rastreio do risco para alterações
de fala em crianças com fissura labiopalatina /
Caroline Antonelli Mendes. – Bauru, 2018.
141 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo
Dutka

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 1.918.5441
Data: 13/02/2017

(Cole a cópia de sua folha de aprovação aqui)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais **Ronaldo Mendes da Silva** e **Maria Elisa Ticon Antonelli Mendes da Silva**, com todo meu carinho e gratidão, pelo caminho traçado e compartilhado. Obrigada por terem acreditado e contribuído com conhecimento, vivência e perseverança, dando concretude a esta conquista.*

AGRADECIMENTOS

Profª. Drª. Rosana Prado de Oliveira

Todo o meu reconhecimento e agradecimento eu dedico a você que me acompanhou desde a Residência, que com toda dedicação, empenho e paciência, ajudou a preparar suas residentes, aprimorandas e pós-graduandas, a desempenhar a prática Fonoaudiológica com mais segurança e forneceu bases para que se tornassem pessoas melhores. Obrigada por se dedicar ao seu trabalho com tanto entusiasmo e verdade, pois o reflexo deste iluminou meu caminho.

Agradeço a oportunidade que me proporcionou nesses quatro anos, pois este trabalho hoje está concretizado graças à confiança depositada em mim e no meu trabalho.

Muito obrigada!

Primeiramente agradeço a **Deus**, por me presentear com a habilidade de auxiliar o próximo, por meio da Fonoaudiologia e me guiar em todos os momentos em minha vocação profissional e em todos os momentos de minha vida.

À **Maria que passa na frente**, minha fortalecedora, por me proporcionar forças para derrubar barreiras, abrir estradas e caminhos e me proteger em todos os momentos.

À **Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka**, orientadora deste trabalho, e por ser aquela companheira em que me espelho na vida profissional e pessoal. Sou grata pela confiança, dedicação e paciência, e por ter contribuído com seus conhecimentos, dando concretude ao objetivo traçado.

À **minha família**, por todo amor, companheirismo, carinho e determinação. Sou grata pelas orações e pelo apoio incondicional.

Ao **meu irmão Renan Antonelli Mendes**, por me incentivar a fazer faculdade na USP, por me ensinar que precisamos nos diferenciar com cursos, participar de congressos e fazer laços com novas pessoas, para conhecer e explorar nossa área de conhecimento.

Ao **Gustavo Lauand**, por ser meu companheiro desde o primeiro ano de faculdade, me incentivando em todas as escolhas pessoais e profissionais. Agradeço a **Giseli Amaral Lauand** por ter compartilhado sua vivência como terapeuta ocupacional e me inspirado a ser uma profissional com ética e dedicação ao próximo. Ao **Henrique Lauand** por demonstrar que com o trabalho árduo e dedicado, conseguimos chegar longe, contudo, conciliado com a fé conseguimos complementar a nossa vida emocional e social.

Aos amigos que encontrei durante esta jornada em Bauru, **Rhaellen, Leticia, Mayalle, Mariane, Francine, Olivia, Mayalle, Vitor, Gabriela, Ana Caroline, Thaís, Mariana Jales, Olívia, Andréa, colegas da turma de Mestrado**, por tornarem meus dias mais alegres e por ter fortalecido minha ideia inicial de realizar o Mestrado e tornar esse sonho em realidade.

À Faculdade de Odontologia de Bauru e ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, na pessoa do **Prof. Dr. Carlos Ferreira Dos Santos**.

À Comissão de Pós-graduação, na pessoa da Coordenadora do Programa de Fonoaudiologia, **Profa. Dra. Katia de Freitas Alvarenga (2016/ 2017) e Profa. Dra. Dionísia Aparecida Cusin Lamônica (2017)**.

Aos **docentes e funcionários** da Pós-graduação e Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, pela atenção e profissionalismo.

A **todos os funcionários** do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, especialmente aos do **Apoio Acadêmico**.

Às pós-graduandas do grupo de estudos pelo auxílio na coleta de dados e na parceria durante o período do mestrado.

Ao **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris e ao Prof. Dr. Heitor Marques Honório** por contribuírem com a análise estatística deste trabalho.

À **Dra. Rosana Prado-Oliveira e Dra. Haline Coracine Miguel** pela contribuição na construção da Ferramenta proposta.

Aos avaliadores desta pesquisa, **Dra. Melissa Zattoni Antoneli, Dra. Tatiane Totta, Dra. Sílvia Helena Alvarez Piazzentin Penna, Fga Adriana Guerta de Souza, Fga Andréa Farah, Dr. Hilton Coimbra Borgo, Dra. Angela Patricia M. Martinelli, Dra. Eliane Cabello, Dr Clóvis Celulare e Dra Maria Júlia Costa**, sem os quais a conclusão deste trabalho não seria possível.

À **Profa. Dra. Rosana Prado de Oliveira e à Dra. Dionísia Aparecida Cusin Lamônica** pelas contribuições durante a banca de qualificação.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo apoio financeiro para o desenvolvimento desta pesquisa, por meio da concessão da bolsa de mestrado.

*"Grande é aquele cuja força conquista mais corações pela atração do
próprio coração."*

August Pullman (Extraordinário)

RESUMO

Objetivos: Desenvolver e avaliar uma ferramenta de rastreio do risco para alterações de fala, que faça a interface entre fatores clínicos e aspectos de produção e percepção de fala em bebês com Fissura Labiopalatina (FLP) nos três primeiros anos de vida da criança. **Metodologia:** Este estudo envolveu 3 fases: na Fase 1 foi realizado o planejamento e desenvolvimento da ferramenta com a elaboração de uma lista de fatores clínicos e uma lista de comportamentos de fala. Após uma avaliação inicial do conteúdo, por um pediatra e uma fonoaudióloga experientes em FLP, as listas foram compiladas criando-se assim a ferramenta de rastreio do Risco para Alterações de Fala em bebês com FLP (RAFF). A Fase 2 envolveu a avaliação do conteúdo do RAFF por cinco Pediatras e três Fonoaudiólogas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), seguido de aprimoramento da ferramenta. A validação do conteúdo foi estabelecida pela aplicação do Índice de Validação do Conteúdo quanto à clareza usando-se o critério: muito claro, claro, pouco claro, e não claro. A Fase 3 incluiu uma avaliação preliminar da eficácia da ferramenta RAFF identificando-se a habilidade da ferramenta em corroborar a conduta fonoaudiológica. **Resultados:** A ferramenta desenvolvida propõe parear condições clínicas relacionadas à FLP (como hospitalizações, alterações de orelha média, acoplamento de cavidade oral e nasal, por exemplo) com os comportamentos de fala esperados durante os primeiros três anos de vida. O conteúdo das duas listas propostas foi avaliado por 5 pediatras e 3 fonoaudiólogas e após modificações compilou-se a ferramenta RAFF que visa identificar *o que a criança entende, o que a criança fala e fatores clínicos* nos três primeiros anos de vida do bebê com FLP. Para permitir a interpretação dos resultados de forma a estabelecer-se o risco de alterações de fala os itens do RAFF foram subdivididos em 6 faixas etárias (0-6mese, 7-12meses, 13-18meses, 19-24meses, 25-30meses, e 31-36 meses) incluindo três habilidades de compreensão e de produção de fala para cada fase, pareadas com as condições clínicas possíveis na FLP nas idades estudadas. O conteúdo do material foi avaliado positivamente, com um IVC médio obtido para a ferramenta RAFF indicando que 87% dos avaliadores consideraram o conteúdo muito claro enquanto 13 % consideraram claro. Ou seja, não houve conteúdo considerado pouco claro ou não claro. A ferramenta foi aplicada em um total de 18 cuidadores sendo possível verificar sua eficácia em corroborar a conduta

fonoaudiológica com relação ao acompanhamento do desenvolvimento de fala ou o encaminhamento para intervenção fonoaudiológica com 9 destes cuidadores de bebês em tratamento no HRAC. **Conclusão:** Neste estudo a ferramenta RAFF foi desenvolvida e seu conteúdo avaliado por pediatras e fonoaudiólogos especialistas em gerenciamento da FLP os quais concordaram que o conteúdo proposto está, em sua maioria, muito claro. Readaptações finais foram propostas após o teste preliminar da eficácia do RAFF e deverão ser implementadas antes de seu uso em futuros estudos de validação da ferramenta RAFF.

Palavras-chave: Fissura Labiopalatina. Fala. Orientação. Cuidadores. Rastreo.

ABSTRACT

Screening tool to identify children with cleft lip and palate at risk for speech disorders

Objectives: To develop and to evaluate screening tool to identify children with cleft lip and palate (CLP) at risk for speech disorder addressing the relationship between clinical factors and aspects of speech production and perception in the first three years of life. **Methods:** The study involved 3 phases: phase 1 the planning and development of the instrument was done combining a list of clinical factors and a list of speech behaviors. After an initial evaluation of the material, by one Pediatrician and one Speech-Language Pathologist (SLP) experienced with CLP, the lists were combined creating the screening tool to identify children with Cleft Lip and Palate at Risk for Speech Disorder (CLP-RSP). Phase 2 involved the content evaluation of the CLP-RSP by five Pediatricians and three SLPs from the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), establishing the Content Validity Index (CVI) followed by refinement of the CLP-RSP. Phase 3 included the preliminary assessment of the CLP-RSP effectiveness in corroborating the speech-language pathologist's referrals (follow-up of speech development or speech therapy). **Results:** The tool developed in this study aims to combine the clinical conditions related to CLP (such as hospitalizations, middle ear conditions, oronasal coupling, for example) with speech behaviors expected during the first three years of life. The content of the material was evaluated by 5 pediatricians and 3 SLPs and, after modifications, the CLP-RSP was created with the purpose of identify what the toddler understands, what the toddler speaks and clinical factors observed during the first three years of life. To better interpret the findings, the items in the CLP-RSP were divided into 6 age groups (0-6months, 7-12months, 13-18months, 19-24months, 25-30months, and 31-36 months) including three behaviors each for speech production and speech perception paired with possible clinical conditions expected at each age group for babies and toddlers with CLP. The content of the CLP-RSP was evaluated positively with a mean Content Validity Index indicating that 87% of the evaluators considered the content of the material very clear while 13% considered it clear. That is, there was no ratings indicating least clear or not clear content. The tool was applied with 18 caregivers establishing its efficacy in corroborating the SLPs referrals

for either follow-up of speech development or intervention with speech therapy.

Conclusion: In the present study the screening tool to identify children with Cleft Lip and Palate at Risk for Speech Disorder (CLP-RSP) was developed and its content was evaluated by pediatricians and SLPs experts in CLP management, which agreed in its majority, that the proposed material is “very clear”. After establishing the tool preliminary efficacy, final refinement was proposed and should be implemented before its use in future studies to validate the screening tool CLP-RSP.

Keywords: Cleft lip and palate. Speech. Counseling. Caregivers. Screening.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Organograma das 3 fases do estudo.....	
.....	50
Figura 2 - Literatura português e inglês do tema Fissura Labiopalatina.....	
.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3)”, “O que a criança Entende (E1, E2, E3)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 0-6 meses.....	66
Tabela 2 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3)”, “O que a criança Entende (E1, E2, E3)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 7-12 meses.....	66
Tabela 3 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3, F4)”, “O que a criança Entende (E1, E2)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 13-18 meses.....	67
Tabela 4 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3, F4)”, “O que a criança Entende (E1, E2)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 19-24 meses.....	67
Tabela 5 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3, F4)”, “O que a criança Entende (E1, E2, E3)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 25-30 meses.....	68
Tabela 6 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3)”, “O que a criança Entende (E1, E2, E3)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 31-36 meses.....	69
Tabela 7 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo da ferramenta RAFF.....	
.....	
.....	69

Tabela 8 - Distribuição da amostra registrada segundo a faixa etária e sexo.....	
.....	
.....	71
Tabela 9 - Desempenho do Grupo 1 no RAFF - Faixa etária de 0-6 meses (G1) – n=2.....	
.....	
.....	71
Tabela 10 - Desempenho do Grupo 2 no RAFF - Faixa etária de 7-12 meses (G2) – n=2.....	
.....	
.....	72
Tabela 11 - Desempenho do Grupo 3 no RAFF - Faixa etária de 13-18 meses (G3) – n=5.....	
.....	
.....	72
Tabela 12 - Desempenho do Grupo 4 no RAFF - Faixa etária de 19-24 meses (G4) – n=1.....	
.....	
.....	73
Tabela 13 - Desempenho do Grupo 5 no RAFF - Faixa etária de 25-30 meses (G5) – n=2.....	
.....	
.....	74
Tabela 14 - Desempenho do Grupo 6 no RAFF - Faixa etária de 31-36 meses (G6) – n=6.....	
.....	
.....	77

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AC	Articulação compensatória
CDI	<i>Communicative Development Inventory: Toddler</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EDCGA	Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell e Amatruda
ELM	<i>Early Language Milestone Scale</i>
FLP	Fissura labiopalatina
FVF	Fechamento velofaríngeo
DVF	Disfunção velofaríngea
E1	O que a criança entende – questão 1
E2	O que a criança entende – questão 3
E3	O que a criança entende – questão 3
F1	O que a criança fala – questão 1
F2	O que a criança fala – questão 2
F3	O que a criança fala – questão 3
F1	Fonoaudióloga 1
F2	Fonoaudióloga 2
F3	Fonoaudióloga 3
FC1	Fatores clínicos – questão 1
FC2	Fatores clínicos – questão 2
FC3	Fatores clínicos – questão 3
FC4	Fatores clínicos – questão 4
FC5	Fatores clínicos – questão 5
FC6	Fatores clínicos – questão 6
FC7	Fatores clínicos – questão 7
FC8	Fatores clínicos – questão 8
FC9	Fatores clínicos – questão 9
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IPO	Inventário Portage Operacionalizado
IU	Intrauterina
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
LAVE	Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo
MVF	Mecanismo velofaríngeo

OM	Orelha média
P1	Pediatra 1
P2	Pediatra 2
P3	Pediatra 3
P4	Pediatra 4
P5	Pediatra 5
PROC	Protocolo de Observação Comportamental
RAFF	Risco para Alterações de Fala em bebês com Fissura Labiopalatina
RDLS	<i>Reynell Developmental Language Scale</i>
RN	Recém-nascidos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTDDII	Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE SÍMBOLOS

n	número
m	meses
eq	equação
%	porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1	DESENVOLVIMENTO DA FALA NAS CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA	29
2.2	O PROCESSO DE INTERVENÇÃO PRECOCE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE	36
2.3	A FAMÍLIA NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO	36
2.4	FATORES CLÍNICOS E ALTERAÇÕES DE FALA NA FISSURA LABIOPALATINA	37
3	PROPOSIÇÃO	43
4	MATERIAL E MÉTODOS	47
4.1	ASPECTO ÉTICO	49
4.2	DELINAMENTO DO ESTUDO	49
4.3	PROCEDIMENTOS	49
4.4	FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS	56
5	RESULTADOS	59
5.1	CASUÍSTICA	70
6	DISCUSSÃO	81
7	CONCLUSÕES	87
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	109
	ANEXOS	135

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é o principal meio pelo qual os indivíduos conseguem se relacionar, e envolve uma transferência intencional de informação por meio de sinais pré-estabelecidos (TELES; PEGORARO-KROOK, 2006). Indivíduos com fissura labiopalatina (FLP) podem apresentar alterações das habilidades de comunicação, socialização, saúde mental e aprendizagem (LEWIS et al., 2002). Estudos demonstraram o impacto da fissura no desenvolvimento da fala e linguagem da criança e sugeriram um alto risco para alterações de fala, particularmente relacionadas às dificuldades do bebê com FLP de produzir alguns sons antes das cirurgias primárias para correção da anomalia (SCHERER; D'ANTONIO; MCGAHEY, 2008; SCHONWEILER; SCHÖNWEILER; SCHMELZEISEN, 1996; GRUNWELL; RUSSELL, 1987, 1988; GRUNWELL; SELL, 2005; O'GARA; LOGEMANN, 1988; CHAPMAN, 1991; CHAPMAN et al., 2001; NEIMAN; SAVAGE, 1997; BRUNNEGAARD; LOHMANDER, 2007).

Ao considerar a inter-relação entre o desenvolvimento da fala em crianças, sem síndromes ou outras anomalias congênicas, e a significativa participação dos pais ou cuidadores, é possível deparar-se com preocupações ainda maiores no que se refere às crianças com FLP. Estas se relacionam não só às alterações anatomofuncionais, mas aquelas socioafetivas e psicológicas que podem se desenvolver desde muito cedo (GARCIA, 2006; PAZINATO et al., 2011).

Quanto ao processo da comunicação, a fissura de palato, particularmente, traz consequências para a inteligibilidade e aceitabilidade de fala. Isso porque acomete estruturas importantes que respondem pela produção da mesma, o que pode resultar em alterações específicas, relacionadas à disfunção velofaríngea (DVF), bem como com a deformidade dento-facial e também com o funcionamento da orelha média (GENARO; YAMASHITA; TRINDADE, 2004; PEGORARO-KROOK et al., 2004). Nesse sentido, pode-se dizer que no grupo de bebês com FLP o risco para alterações de fala tem relação tanto com o acoplamento oronasal, quanto com outras condições, incluindo a relação dento-oclusal e a audição. O crescimento facial de pessoas com anomalias craniofaciais como a FLP sofre interferência da própria fissura e das cirurgias plásticas primárias de lábio e palato. Isso pode interferir na relação dento-oclusal, no desenvolvimento da respiração oral, na produção de fala, e

pode ainda trazer comprometimentos para a fonação, deglutição e estética (CANADY et al., 1994; OLIVEIRA; CAPELOZZA; CARVALHO, 1996). A alteração da audição também é um fator que pode influenciar nas alterações de fala e linguagem devido ao mau funcionamento da orelha média, comum em crianças com FLP (BROEN et al., 1998; AMARAL; EDUARDO, 2010; GANI; KINSHUCK; SHARMA, 2012; MONDELLI; VENTURA; FENIMAN, 2013). Além disso, Jocelyn, Penko e Rode (1996), Richman e Millard (1997), Amaral, Martins e Santos (2010), Silva et al. (2017) e Prudenciatt et al. (2017) sugerem que alterações de audição também podem interferir no desenvolvimento cognitivo dessas crianças.

Silva, Santos e Rezende (2004) reportaram que os indivíduos com FLP apresentam alta frequência de alterações fonoaudiológicas, em geral, relacionadas à fala e a motricidade orofacial, independentes de terem sido ou não submetidos à correção cirúrgica. Alves (2008) constatou alteração de mobilidade da língua devido a presença de deformidade dento-oclusal nos indivíduos com FLP. Já Modolo (2012) relatou que a função motora do lábio e da língua pode estar comprometida devido à retração cicatricial e à condição dento-oclusal. Trindade et al. (2005) verificaram que a FLP pode estar associada a maior redução da via nasal, que predispõe essa população às dificuldades respiratórias (maior número de casos de obstrução respiratória). Segundo Genaro, Yamashita e Trindade (2004, 2010), o processo de avaliação da fala dos indivíduos com FLP deve envolver a realização do exame miofuncional das estruturas, a avaliação clínica da fala e o uso de testes complementares da ressonância de fala, assim como a avaliação clínica e instrumental da função velofaríngea. Vários trabalhos sugerem uma estreita relação entre produção da fala e a integridade anatomofuncional do sistema estomatognático (GENARO; FUKUSHIRO; SUGIMOTO, 2007; BZOCH, 2004; KUMMER, 2014). Eles corroboram a necessidade de determinar os fatores que desencadeiam as alterações, a fim de favorecer uma definição de conduta adequada para cada caso.

A articulação e a ressonância são aspectos da fala que merecem uma atenção especial nos casos de FLP. Ao avaliar estes aspectos é importante observar as condições anatomofisiológicas dos órgãos envolvidos, incluindo verificação da presença de fístula, deiscência, fissura não operada, sinais de fissura submucosa e sinais de DVF após cirurgia primária do palato. Assim, em tais casos, faz-se necessária uma avaliação minuciosa de todas as estruturas envolvidas na produção

e percepção da fala, pois o comprometimento estrutural pode gerar adaptações funcionais para o desempenho das funções orofaciais.

Nesta perspectiva são encontrados na literatura vários procedimentos de avaliação, como escalas e testes, que permitem o acompanhamento do desenvolvimento global da criança de forma padronizada (HAGE et al., 2004). O estudo de Cavalheiro (2016) relata várias ferramentas que quantificam e qualificam o desenvolvimento da linguagem, incluindo o *Early Language Milestone Scale* – ELM (COPLAN et al., 1982), o Protocolo de Observação Comportamental – PROC (ZORZI; HAGE, 2004), o *Reynell Developmental Language Scale* – RDLS (REYNELL, 1985), o *Communicative Development Inventory: Toddler* - CDI: Toddler (FENSON, 1993), o Teste de Vocabulário por Imagem Peabody (CAPOVILLA; CAPOVILLA, 1997), a Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo – LAVE (RESCORLA, 1989), o Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II – TTDDII (FRANKENBURG et al., 1992), a Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell e Amatruda – EDCGA (KNOBLOCK; PASSAMANICK, 2000) e o Inventário Portage Operacionalizado – IPO (WILHIAM; AIELO, 2001). Nenhuma das ferramentas citadas, no entanto, enfoca especificamente na identificação precoce de bebês com FLP com risco para desenvolver ou que já apresentam alterações de fala, uma vez que não foram desenvolvidas para caracterizar alterações apresentadas por crianças com FLP.

A limitação de ferramentas específicas para avaliação da fala de crianças pequenas com a FLP pode interferir no período ideal da intervenção, no tocante à avaliação fonoaudiológica, as orientações preventivas e mesmo à fonoterapia, quando indicadas. O alcance de uma intervenção adequada ocorre a partir da detecção precoce, momento no qual o encaminhamento de crianças com atraso de fala pode ser realizado mais rapidamente por profissionais da saúde (GLASCOE, 2000; WACHTEL et al., 1994). Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de uma ferramenta de rastreio de sinais de alerta para alterações de fala especificamente relacionadas à FLP e DVF.

Ao considerar que sinais de alteração de fala podem ser observados precocemente, propõe-se neste trabalho o desenvolvimento de um instrumento de rastreio do risco para alterações de fala na FLP. Tal ferramenta deve ser simples, para que possa ser aplicada por profissionais que atuam na atenção primária à

saúde, a fim de reduzir os custos da reabilitação por meio do encaminhamento para o atendimento fonoaudiólogo preventivo.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DESENVOLVIMENTO DA FALA NAS CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA

A fala, na pessoa com FLP, pode apresentar características distintas relacionadas tanto às alterações orgânicas quanto funcionais, tendo como base a severidade da anomalia estrutural presente no nascimento. Considerada uma das anomalias congênitas mais comuns que acometem a face dos seres humanos (TOLAROVÁ; CERVENKA, 1998), a FLP é estabelecida precocemente na vida intrauterina (IU). Ela ocorre, mais precisamente, no princípio do período fetal, entre a 5ª e 12ª semanas de gestação, devido à falta de fusão dos processos faciais e palatinos (TOLAROVÁ; CERVENKA, 1998; TONOCCHI et al., 2010; LISBOA; ROCHA; PINI, 2011). A incidência desta anomalia atinge cifras na ordem de um paciente para cada 650 nascimentos no Brasil, totalizando aproximadamente 5800 novos casos todos os anos (NAGEM FILHO; MORAES; ROCHA, 1968; MAZZOTTINI; FREITAS; SILVA FILHO, 1999; OPERAÇÃO SORRISO BRASIL, 2010)

O tratamento cirúrgico recomendado para a FLP é a cirurgia reparadora do lábio e alvéolo (queiloplastia) e do palato (palatoplastia). A queiloplastia é a cirurgia de reconstrução da fissura labial e palato primário, sendo geralmente realizada a partir dos três meses de idade. Já a palatoplastia (palatoplastia primária) é a cirurgia reparadora do palato secundário, a partir da reconstrução da anatomia que permite a separação entre a cavidade nasal e a cavidade oral, geralmente realizada a partir dos 12 meses (SILVA FILHO; FREITAS; 2007). A cronologia dos reparos, no entanto, depende de condições clínicas e laboratoriais importantes para submeter o bebê a anestesia geral com segurança e essenciais para um processo cicatricial adequado.

Após a cirurgia, é possível encontrar casos em que não ocorre uma separação funcional efetiva entre as cavidades oral e nasal, sendo esta condição denominada de DVF. Quando, na presença de DVF, o fechamento velofaríngeo (FVF) não ocorre como deveria durante a produção dos sons orais, podem aparecer

alterações de fala características, que incluem hipernasalidade, escape de ar nasal e fraca pressão intraoral (BZOCH, 2004; KUMMER, 2014, 2018). O uso de pontos articulatorios atípicos (articulação compensatória - AC) também pode ser encontrado na presença do palato aberto ou da DVF. Eles estão relacionados às tentativas da criança em realizar uma constrição da corrente aérea em locais posteriores ao mecanismo velofaríngeo (MVF), a fim de se conseguir a pressão aérea intraoral necessária para produção de sons obstruentes da fala.

Antes da cirurgia primária no palato, portanto, não é possível obter uma separação funcional entre a cavidade oral e nasal, e essa comunicação indesejada compromete a produção adequada dos sons orais, levando a alterações denominadas "*cleft palate speech*" (SPRIESTERSBACH; MORRIS, 1977). Elas incluem a hipernasalidade e o uso de AC, como a oclusiva glotal e a fricativa faríngea, entre outros (BERRETIN-FÉLIX et al., 2006; TROST-CARDAMONE, 1997). As alterações articulatorias como as ACs, particularmente, caracterizam um distúrbio de fala que, apesar de ser associado a alterações estruturais como a própria fissura (quando não operada) ou a DVF e fístulas no palato (após a palatoplastia primária), se estabelece funcionalmente a partir de uma alteração na aquisição dos sons orais da fala (GENARO et al., 2007; HANAYAMA, 2009; MARINO et al., 2012).

As ACs se estabelecem durante a fase de aquisição fonológica, e, segundo alguns autores, são processos ativos decorrentes de tentativas de compensação do funcionamento velofaríngeo alterado (WARREN, 1986; GRUNWELL; RUSSELL, 1987; TROST-CARDAMONE, 1997; GRUNWELL; SELL, 2005; MARINO et al., 2012). O uso contínuo dessas produções pela criança com FLP aberta ou DVF, ao longo da primeira infância, permite que as mesmas passem a fazer parte do sistema fonológico da criança (PETERSON-FALZONE et al., 2006), o que prejudica a inteligibilidade de fala de forma consistente e persistente. É evidente, portanto, a importância de iniciativas que otimizem a prevenção do desenvolvimento das AC's, uma vez que enquanto produções ativas e secundárias à FLP e DVF, estas alterações podem ser evitadas.

O grau de severidade das alterações de fala nos bebês com FLP pode variar tanto em função do comprometimento estrutural associado à condição anatômica, quanto em função do tipo de estimulação que a criança recebe durante seu desenvolvimento (MARTINS; CARDOSO, 2015; BZOCH, 2004), resultando em

um distúrbio de fala característico na população com FLP (BZOCH, 2004). A alteração de fala nestes bebês pode estar diretamente relacionada à disfunção velofaríngea e deformidade dento-facial, resultando no uso de ponto articulatório atípico (AC e ajustes de ponto), além da hipernasalidade de fala (HARDIN-JONES et al., 2002; GENARO; YAMASHITA; TRINDADE, 2004; PEGORARO-KROOK et al., 2004; GOLDING-KUSHNER, 2001; BZOCH, 2004; PETERSON-FALZONE et al., 2006; GENARO et al., 2007; KUMMER, 2008; JESUS; DI NINO, 2009; PEGORARO-KROOK et al., 2010).

Warren (1986), Trost-Cardamone (2004) e Pegoraro-Krook et al. (2010) reportam que entre as principais alterações de fala na FLP e DVF, estão a ressonância hipernasal e o escape de ar nasal durante a fala. No entanto, o fato de haver uma comunicação indesejável entre as cavidades oral e nasal (pela fissura aberta, presença de DVF ou pela presença de uma fístula), também pode levar um indivíduo a um ajuste compensatório. Hardin-Jones et al. (2002) também referem que devido ao comprometimento de estruturas importantes que respondem pela produção oral, é possível encontrar consequências que acometem a fala, com alterações específicas relacionadas tanto à disfunção velofaríngea quanto à deformidade dento-facial, e em sua maioria denotando alterações na produção articulatória e hipernasalidade de fala. Segundo Di Ninno e Jesus (2009), o distúrbio articulatório de fala (AC) é a alteração de fala que causa o maior prejuízo para a inteligibilidade de fala do indivíduo com FLP.

Scherer, Boyce e Martin (2013) indicaram que bebês com FLP podem apresentar atrasos de fala desde a fase do balbúcio, o que aumenta o risco para atrasos posteriores no desenvolvimento da fala e da linguagem destas crianças. As crianças com FLP aumentam o uso de atos comunicativos não-verbais quando o desenvolvimento verbal está atrasado (SCHERER; BOYCE; MARTIN, 2013). E, de uma forma geral, as alterações na articulação e ressonância desenvolvidas pelo bebê com FLP, combinadas ao atraso para o desenvolvimento da fala e linguagem, podem resultar, por exemplo, em falhas na identificação dos sons da fala (relacionadas à atrasos e alterações nas habilidades audiológicas). Tudo isso pode resultar em transtornos fonéticos e fonológicos característicos desta população (GRUNWELL; SELL, 2005).

Investigações sobre o desenvolvimento de fala na criança com FLP ocorreram com maior frequência a partir dos anos 80 (O'GARA; LOGEMANN, 1988; GRUNWELL; RUSSELL, 1987, 1988), embora um dos primeiros estudos sobre a fala pré-linguística em bebês com fenda palatina tenha sido publicado nos anos 60 (ORSON, 1965). Muitos trabalhos na língua inglesa reportam alterações na fala em crianças com a FLP e referem o impacto na comunicação (GRUNWELL; RUSSELL, 1987, 1988; HOWARD; LOHMANDER, 2011; O'GARA; LOGEMANN, 1988; CHAPMAN, 1991; CHAPMAN et al., 2001).

O atraso de linguagem foi verificado em estudos com crianças com FLP de até meses anos de idade (PAMPLONA, 2000; SCHERER; WILLIAMS; PROCTOR-WILLIAMS, 2008), sendo associado a vários fatores, como: a fissura em si, atrasos da maturidade cognitivo-linguística, distúrbios fonológicos, e distúrbios da audição relacionados a alterações no funcionamento da orelha média (BROEN; MOLLER, 1993; AMARAL; MARTINS; SANTOS, 2010; PEGORARO-KROOK et al., 2004; MORRIS; OZANNE, 2003). Estudos de Pamplona et al. (2000) e de Grunwell e Sell (2005) reportaram déficits semânticos para a população com FLP. Marcelino e Maximino (2008) relataram que a avaliação precoce da audição, da fala e de todos subsistemas da linguagem oral é de extrema importância durante o gerenciamento da FLP, visto que crianças com esta anomalia estão expostas à diversos fatores adversos e devem ser consideradas de risco para alterações de comunicação.

A literatura, de uma forma geral, sugere que crianças com FLP não seguem a hierarquia de aquisição fonológica, semântica e sintática, conforme o esperado para crianças sem FLP (WATSON; SELL; GRUNWELL, 2005; MOURÃO et al., 2006). Young, Purcell e Ballard (2010) reportaram que indivíduos com fissura apresentaram déficits na alfabetização e no desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva, quando comparados às crianças sem fissura palatina com a mesma faixa etária (desenvolvimento típico).

O relato de atraso na aquisição da fala, particularmente na habilidade de expressão, é mais frequente na população com FLP do que o relato de atraso na habilidade de compreensão (PRIESTER; GOORHUIS-BROUWER, 2008). Nas crianças com FLP isolada, geralmente a habilidade de compressão da fala está preservada (BZOCH, 2004). As alterações de fala da criança com FLP, antes das correções primárias, tem como característica universal a presença do escape de ar

nasal, pressão intraoral reduzida e hipernasalidade. Segundo Bzoch (2004) estes distúrbios podem ser denominados distúrbios de fala obrigatórios na presença da FLP não operada ou na presença da DVF. A presença de substituições e omissões de sons durante o desenvolvimento de fala no bebê com FLP também é citada amplamente na literatura como aspecto característico da fala de crianças com fissura (MOURÃO et al., 2006; PALANDI; GUEDES, 2011; MARINO, 2009; SAKAMOTO; WIEDEMER, 2007; LIMA et al., 2007; WIEDEMER; SANTOS; GONÇALVES, 2008). Ou seja, além dos distúrbios obrigatórios na presença da fissura não operada ou da DVF, cerca de 25% dos bebês com FLP podem fazer uso de ponto articulatorio atípico, como na faringe e na laringe, para gerar plosão e fricção durante a articulação de consoantes orais. Isso ocorre principalmente naquelas que requerem alta pressão intraoral, como plosivas e fricativas (MORLEY, 1970; TROST-CARDAMONE, 1997; HARDING; GRUNWELL, 1998).

Com o passar dos anos, os estudos sobre o desenvolvimento da fala no bebê com FLP ampliaram o olhar dos aspectos fonéticos (quando o enfoque era exclusivo nos desvios relacionados às alterações anatômicas), para os aspectos fonológicos. Dessa forma, passaram a considerar tanto a percepção dos sons, quanto o uso destes na língua. Os pesquisadores passaram a reportar o impacto que fatores relacionados ao processo de aprendizado da fala, bem como estratégias utilizadas para compensar a alteração anatômica, podem ter na aquisição e desenvolvimento da fala da criança com FLP (MOLLER, 1990).

Desde os anos 90 a literatura relata características específicas da fala e linguagem da população com FLP isolada. Estão inclusas a diminuição do número de consoantes presentes no inventário nos primeiros anos de vida, a presença de erros de fala passivos (HARDING; GRUNWELL, 1998) ou obrigatórios (PHILIPS; KENT, 1984; WARREN, 1986; GOLDING-KUSHINER, 2001; RUSCELLO, 2008), e aqueles que são produtos secundários da DVF e se desenvolvem decorrentes de tentativas de compensar a perda de pressão aérea e sonora nasal, denominados ativos (HARDING; GRUNWELL, 1998) ou compensatórios (PHILIPS; KENT, 1984; WARREN, 1986; GOLDING-KUSHINER, 2001; RUSCELLO, 2008). Moller, Broen e Kitterlson (1984) estudaram o desenvolvimento da fala de bebês com fissura antes da cirurgia para correção da FLP, além de identificarem informações específicas como, erros compensatórios, classificação da fala (articulação) e inteligibilidade da

fala durante discurso de conversação. Grunwell e Russell (1987) apontaram a dificuldade das crianças com FLP em produzir alguns sons antes da cirurgia para correção da fissura e o impacto da fissura no desenvolvimento da fala da criança. Van Demark et al. (1993) afirmaram que crianças com FLP tendem a articular sons de maneira diferente das crianças sem FLP. Os autores (VAN DEMARK et al., 1993) também citaram o caráter nasal das produções, a perda de pressão intraoral, substituição de fonemas alveolares sonoros por palatais sonoros e hipernasalidade nas vogais altas /i/ e /u/ como características relacionadas à DVF.

O’Gara, Logemann e Rademaker (1994) descreveram os repertórios sonoros de bebês de um ano de idade com FLP. Eles relataram que o inventário destes bebês inclui poucas consoantes de pressão, muitas consoantes nasais e poucas consoantes produzidas com a ponta e lâmina da língua. Chapman (1991) também reportou diferenças no desenvolvimento da fala de crianças com FLP, desde o primeiro ano de vida. Dados que a autora confirma em um estudo posterior (CHAPMAN et al., 2001) quando relata a existência de características fonéticas diferentes em bebês com FLP na fase do balbucio. Os sons nasais são os sons mais comumente produzidos pela população com FLP, com maior ausência de sons plosivos e fricativos (que exigem maior quantidade de pressão intraoral). Chapman (1993) salientou que as ACs características em algumas crianças com FLP, geralmente se desenvolvem como uma consequência da própria fissura. A autora ressaltou que com o tempo estes erros de produção se incorporam no sistema linguístico da criança, sendo considerado, portanto, como um tipo de distúrbio articulatorio relacionado à FLP.

As habilidades de expressão, e a busca pelas primeiras palavras vão ocorrer naturalmente no bebê com FLP, como ocorre com outros bebês, porém alguns sons são mais fáceis para o bebê produzir durante a fase em que a fissura se encontra aberta, como os sons nasais (“m, n, nh”) e os sons líquidos (“l, r”). Os sons mais difíceis são os plosivos (“p, t, k, b, d, g”), e os fricativos (“f, s, ch, v, z, j”), pois estes necessitam de maior quantidade de pressão intraoral, o que pode ser muito difícil para alguns bebês com fissura no palato (CHAPMAN, 1991; CHAPMAN et al., 2001; CORRÊA, 2016). Por exemplo, um bebê com uma fenda completa não operada teria maior dificuldade em produzir o som /d/ com precisão durante o

balbuciar, pois a pressão de ar oral suficiente para a produzir sons plosivos não pode ser construída.

A partir do enfoque da literatura no balbucio e no desenvolvimento dos sons da fala dos bebês com fissura (MOLLER; BROEN; KITTELSON, 1984; GRUNWELL; RUSSELL, 1987; O'GARA; LOGEMANN, 1988; O'GARA; LOGEMANN; RADEMAKER, 1994; CHAPMAN, 1991, 1993; VAN DEMARK et al., 1993; LOHMANDER-AGERSKOV et al., 1996), tornou-se evidente a importância dos programas de orientação e intervenção junto aos familiares (BROEN; MOLLER, 1993). Como os indivíduos com FLP podem apresentar diversas alterações de comunicação (KUEHN; MOLLER, 2000), a efetividade da intervenção precoce nesta área é foco de interesse em pesquisas (BRYANT; MAXWELL, 1997; ANTUNES, 2008). Desde os anos 90 têm sido descritos programas de intervenção precoce especificamente voltados para a prevenção de alterações de fala em crianças com FLP (LOHMANDER et al., 1990; O'GARA; LOGEMANN, 1990; SCHERER; D'ANTONIO; MCGAHEY, 2008; GOLDING-KUSHNER, 2001; BRYANT; MAXWELL, 1997; ANTUNES, 2008).

O estudo de O'Gara e Logemann (1988) aborda o tema tratamento precoce e a intervenção com pais-cuidadores. As autoras sugerem que a partir de programas de orientação específicos é que os cuidadores podem compreender que as habilidades de linguagem receptiva e expressiva estão relacionadas à função simbólica da comunicação, e que a fala refere-se ao aspecto motor (articulação, fluência e voz). Os cuidadores aprendem também a importância do estímulo das habilidades em cada faixa etária, além de receberem incentivo para a realização das atividades diárias em casa.

Philips (1990) e O'Gara e Logemann (1988) propuseram programas de intervenção precoce, com foco na estimulação da fala e da linguagem entre o nascimento e os três anos de idade, para crianças com FLP e síndromes associadas a esta malformação. As autoras sugerem que entre três e 12 meses, o enfoque deve ser na orientação de pais quanto aos aspectos relacionados ao desenvolvimento de fala, linguagem, alimentação e audição. Entre 12 e 30 meses, o fonoaudiólogo pode desempenhar um trabalho de monitorização dos padrões de fala, audição e linguagem, com o apoio e a promoção do desenvolvimento fonológico e linguístico

das crianças com FLP. Quando a criança estiver com 30 meses, a intervenção direta por meio da fonoterapia passa a ser indicada, sendo as autoras.

Lohmander-Agerskov et al. (1996) descreveram a importância do tratamento das alterações de fala e a necessidade de intervenção por meio da fonoterapia para a correção da fala de forma precoce. O mesmo foi sugerido mais tarde por Howard e Lohmander (2011). Broen e Mooler (1993) abordaram aspectos do desenvolvimento fonológico inicial em crianças com fissura de palato em um capítulo de livro onde reportam a importância do enfoque no tratamento precoce e a necessidade de uma intervenção com pais-cuidadores para prevenir alterações de fala compensatórias.

2.2 O PROCESSO DE INTERVENÇÃO PRECOCE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE

A intervenção precoce, devido aos comprometimentos anatômicos causados pela fissura, é necessária a fim de eliminar ou remediar as sequelas negativas para o desenvolvimento e para a comunicação da criança com FLP. Os tratamentos podem abranger a intervenção cirúrgica secundária (para corrigir a DVF ou fístulas, por exemplo) e a reabilitação das alterações da comunicação decorrentes da malformação (GOMES; MÉLEGA, 1997), ressaltando-se a intervenção em equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

De acordo com Goldin-Kushner (2001), as crianças com FLP deveriam ser avaliadas quanto ao desenvolvimento da comunicação por volta dos oito meses de idade, próximo ao surgimento do balbúcio. Segundo o autor o ideal é prevenir, para evitar que alterações de linguagem e fala ocorram.

Um programa preventivo de intervenção pode ter como objetivo monitorar o desenvolvimento da fala e também planejar e executar estratégias de estimulação que não favoreçam ou reforcem o uso de produções atípicas pelos bebês com FLP, como forma de evitar ou minimizar o desenvolvimento de alterações articulatórias compensatórias (SCHERER; D'ANTONIO; MCGAHEY, 2008; GOLDING-KUSHNER, 2001). Cabe ao fonoaudiólogo realizar a promoção da comunicação e alimentação adequada, prevenir, avaliar e reabilitar as funções, como também trabalhar com pais, cuidadores e educadores (PEGORARO-KROOK et al., 2004).

O enfoque dos programas de intervenção precoce e promoção de saúde para bebês com FLP, mais especificamente, deve ser na produção dos sons da fala (PETERSON-FALZONE et al., 2006). Idealmente estes programas deveriam ser realizados desde o primeiro ano de vida do bebê, a fim de focar orientações quanto à aquisição e desenvolvimento da fala, desde a fase do balbúcio, e favorecer a prevenção do desenvolvimento de ACs (GOLDING-KUSHNER, 2001; PEGORARO-KROOK et al., 2004; SCHERER; D'ANTONIO; MCGAHEY, 2008).

2.3. A FAMÍLIA NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO

O tratamento da criança com FLP deve focar também pais, familiares e cuidadores, a fim de minimizar a ansiedade frente a malformação e suas consequências. Os pais, geralmente, não compreendem o que aconteceu, sentem-se culpados, não tem conhecimentos sobre o processo de reabilitação e podem inclusive atuar de maneira inadequada com a criança, prejudicando assim seu desenvolvimento. Orientações quanto aos recursos cirúrgicos, as limitações destes, a importância e complexidade do processo de reabilitação interdisciplinar e com equipe especializada são essenciais para otimizar resultados e favorecer a adesão ao tratamento.

A chegada de um bebê com FLP traz momentos difíceis, de preocupação com o desenvolvimento e com os cuidados do recém-nascido, associados às dificuldades de aceitação (SILVEIRA; WEISE, 2008; CARVALHO; TAVANO, 2000; ANTUNES; PATROCÍNIO, 2007). A orientação dos familiares, pais e/ou paciente, esclarecendo-os quanto a malformação e as perspectivas futuras, promove uma atitude sadia com relação a situação. A família pode se deparar com dificuldades, como: acesso ao serviço, problemas psicológicos ao nascimento e no decorrer do tratamento, medo e dúvidas quanto a estimulação do desenvolvimento, problemas alimentares e ansiedade quanto à correção cirúrgica (ROCHA, 2008). A parceria do profissional da saúde com pais e educadores é essencial para a troca de experiências e de informações sobre as etapas de tratamento, e sobre o desenvolvimento e reabilitação do bebê com FLP (NAGARAJA; MURTHY; RAMAN, 2005; PETERSON-FALZONE et al., 2006). Neste processo pais geralmente

apresentam preocupações quanto ao desenvolvimento das habilidades de comunicação, particularmente sobre o desenvolvimento da fala do bebê.

2.4 FATORES CLÍNICOS E ALTERAÇÕES DE FALA NA FLP

Mesmo no bebê com FLP isolada (sem associação com síndromes ou outras anomalias), as alterações estruturais presentes ao nascimento, particularmente o acoplamento das cavidades oral e nasal, ocasionam ajustes para realização das funções orais. As dificuldades alimentares não estão presentes em todos os recém-nascidos (RN) e crianças com FLP, contudo, muitas crianças com FLP apresentam dificuldades iniciais para obter o alimento, o que compromete o ganho de peso. A alimentação do bebê com fissura no palato, mais especificamente, pode ser um processo laborioso, demorado, que provoca ansiedade nos pais com uma ingesta nem sempre satisfatória de alimento. São vários os fatores que podem resultar em redução do ganho ponderal no bebê com FLP, dentre os quais destacam-se: sucção insuficiente/ineficiente, ingestão excessiva de ar, falta de superfície para apoio do mamilo ou bico da mamadeira (devido a uma premaxila projetada e fissura muito ampla), regurgitação nasal, tempo prolongado de mamada, fadiga, desconforto, eructações frequentes, tosse, engasgos com líquidos (BRINE et al., 1994; REID; KILPATRICK; REILLY, 2006; ALTMANN, 1997; BARZILAI et al., 1992; PARADISE; MCWILLIAMS, 1974; REDFORD-BADWAL; MARBRY; FRASSINELLI, 2003; GOLDING-KUSHNER, 2001; BACHEGA; THOMÉ, 1984).

As crianças com FLP podem apresentar também adaptações alimentares, muitas vezes necessárias nos períodos pós-cirúrgicos, as quais podem prorrogar o processo da evolução das consistências dos alimentos (ALTMANN, 1997). A maioria dos bebês, no entanto, se adapta rapidamente ao acoplamento oronasal durante a alimentação e vivencia experiências sensoriomotoras orais similares às aquelas vivenciadas pelos bebês sem FLP (PEGORARO-KROOK et al., 2004), desde que os familiares sejam orientados a manter a oferta, consistência, textura e temperaturas semelhantes às aquelas oferecidas ao bebê sem FLP.

O desenvolvimento das habilidades auditivas sofre o impacto da disfunção tubária que é universal em bebês com fissura no palato mole, sendo que a melhor alternativa de tratamento para esta condição é o estabelecimento de um

funcionamento velofaríngeo adequado a partir da correção cirúrgica primária da FLP (PEGORARO-KROOK et al., 2010). A produção dos sons da fala, por sua vez, pode ser diretamente afetada pela presença de acoplamento oronasal, pela disfunção tubária e pelas alterações dento-oclusais, enquanto o desenvolvimento da linguagem sofre o impacto da díade mãe-bebê e das vivências comunicativas oferecidas (ou não) pelo meio. Um adequado envolvimento dos pais no gerenciamento da FLP deve ocorrer de forma ativa buscando-se assim uma melhor e mais rápida evolução do paciente (SCHERER; WILLIAMS; PROCTOR-WILLIAMS, 2008).

Na área da Fonoaudiologia, mais especificamente, o enfoque inicial pode ser nas orientações ao cuidador, incluindo-se (na fase em que a fissura de palato ainda não foi operada) o preparo para o uso de manobras (oclusão de narinas) que visam oferecer experiências com mudanças de pressão intraoral durante as produções, desde o balbúcio (GOLDING-KUCHNER, 2001). Após as correções primárias da FLP o enfoque do trabalho fonoaudiológico, com relação à comunicação oral, deve ser dirigido para o monitoramento das habilidades auditivas e identificação de sinais indicativos da adequação (ou não) do funcionamento velofaríngeo para fala.

Em crianças com atraso no desenvolvimento de linguagem expressiva, mais especificamente, o diagnóstico da DVF torna-se mais complexo, uma vez que a identificação de alterações como hipernasalidade, escape de ar nasal e uso de ponto articulatorio atípico depende da produção de plosão ou fricção oral. É por meio do treinamento e acompanhamento da interação entre o bebê e seus pais (cuidadores), portanto, que o fonoaudiólogo pode otimizar o desenvolvimento da linguagem expressiva adequadamente (sem eliciar ou reforçar o uso de produções atípicas), favorecendo assim a aquisição dos sons da fala necessários para uma adequada avaliação da fala e diagnóstico da DVF (BZOCH, 2004; ROBERTS; KAISER, 2011; BROEN; WESTMAN, 1990; EISERMAN; WEBER; MCCOUN, 1992; PAMPLONA; YSUNZA; URIO´STEGUI, 1996).

Autores reportaram que o risco para uma criança com FLP apresentar distúrbios de fala e linguagem aumenta de acordo com a combinação de vários fatores. É importante atentar para a ausência de tratamento multidisciplinar por equipe especializada, comorbidades como acidentes ou enfermidades no decorrer

do desenvolvimento, e o ambiente que a criança está inserida, particularmente quando este oferece estimulação inadequada, como a superproteção ou pouca estimulação por parte dos pais e cuidadores (BZOCH, 2004; FREDERICKSON; CHAPMAN; HARDIN-HONES, 2006).

Com relação à audição, mais especificamente, os bebês com fissura de palato apresentam com frequência o acúmulo de secreção na orelha média, aumentando assim a incidência da otite média (OM) (FENIMAN et al., 2008). Além da tuba auditiva mais horizontalizada na infância (condição similar aos bebês sem FLP), na presença da fissura de palato as fibras dos músculos tensor e levantador palatinos tem inserções atípicas que podem comprometer a abertura da tuba auditiva e ocasionar uma disfunção tubária persistente (BLUESTONE, 1995; SILVA et al., 2008; FENIMAN et al., 2008). Silva et al. (2008) referiram que em virtude do acoplamento das cavidades oral e nasal e da disfunção tubária persistente, há dificuldades de aeração da orelha média nos bebês com FLP, ocasionadas por acúmulo de fluído, o que aumenta a propensão OM secretoras, podendo resultar em perda da acuidade auditiva durante os dois primeiros anos. Mesmo um rebaixamento leve da acuidade durante a fase de aquisição e desenvolvimento de fala pode comprometer a percepção de fala e favorecer alterações na produção dos sons (HUBIG; COSTA FILHO, 1997; SAES; GOLDBERG; MONTOVANI, 2005).

De uma forma geral, a criança com FLP pode ter maior frequência de infecções, devido a comunicação entre a cavidade oral e a cavidade nasal, por falta de filtragem e de aquecimento do ar inspirado, bem como pelas dificuldades de sua umidificação. Estas condições, por sua vez, facilitam a ocorrência de infecções de vias respiratórias, desde resfriados comuns, rinofaringite e faringotonsilite, até quadros de bronquite e broncopneumonia. Do ponto de vista fisiológico 60% dos indivíduos com FLP apresentam as vias aéreas nasais comprometidas (HAIRFIELD; WARREN, 1989). Deformidades como o desvio de septo nasal e atresia das narinas e, ainda, a hipertrofia das conchas nasais (real ou relativa) e as alterações do assoalho nasal, por deficiência do crescimento maxilar, reduzem as dimensões internas da cavidade nasal e aumentam a resistência do fluxo aéreo respiratório. Em parcela considerável dos pacientes, elas também podem prejudicar o desenvolvimento craniofacial, comprometer a função de vias aéreas inferiores e a produção da fala.—Para prevenir os processos infecciosos, além do estímulo ao

aleitamento materno, tanto o acompanhamento quanto os tratamentos adequados dos problemas respiratórios e infecções da orelha média são necessários desde os primeiros dias de vida do bebê com FLP (SILVA FILHO; FREITAS, 2007).

Também é importante considerar que nos bebês com FLP o desenvolvimento da fala e audição geralmente inicia-se antes mesmo da correção primária da FLP, portanto, na presença da nasalização da fala. Ou seja, como o acoplamento oronasal é universal em todos os bebês com FLP não operada e também naqueles que apresentam DVF após a palatoplastia primária, o risco para alterações de fala envolvendo nasalização é maior em bebês com FLP do que em bebês sem FLP. Segundo Baken e Orlikoff (1996) o fenômeno de nasalização refere-se ao acoplamento inadequado (portanto indesejado) da cavidade nasal ao restante do trato vocal, sendo uma consequência do funcionamento inadequado no MVF ou da FLP não corrigida. A nasalização, por sua vez, envolve duas consequências diretas para a produção e percepção dos sons da fala: o escape de ar nasal e a hipernasalidade. Antes da correção primária da fissura, portanto, todos os bebês com FLP iniciam o desenvolvimento da audição e da fala na presença da nasalização. Segundo Warren et al. (2010) a produção adequada da fala envolve um complexo sistema de *feedback* que permite regular a pressão e controlar o fluxo aéreos necessários para a articulação de sons. Na presença da nasalização este sistema de *feedback* não funciona adequadamente, o que afeta tanto a produção quanto a percepção da fala, e pode impactar no desenvolvimento da fala, audição e linguagem.

Os bebês com fissura são submetidos a vários procedimentos cirúrgicos envolvendo manipulação do terço médio da face ainda na primeira infância. Estes procedimentos, juntamente com a própria fissura, resultam em comprometimento do crescimento facial que se manifesta na presença de mordida cruzada (unilateral ou bilateral). As alterações dento-oclusais, portanto, são comuns nas pessoas com FLP que são frequentemente submetidas ao enxerto ósseo alveolar, tratamento ortodôntico, e, em uma proporção menor de casos, cirurgias ortognáticas (SPINA; PSILLAKIS; LAPA, 1972).

Corrêa (2016) refere que as fases de preparo do bebê para as cirurgias primárias, assim como a hospitalização, podem interferir temporariamente na estimulação que o bebê recebe para a comunicação oral, e na vontade que o bebê

tem para interagir. A alta prevalência de otite, hospitalizações e outros fatores comumente encontrados nesta população podem também afetar a aquisição e o desenvolvimento de fala (GOLDIN-KUSHNERKJ, 2001; PEGORARO-KROOK, 2004). De acordo com relatos da literatura, portanto, pode-se afirmar que as crianças nascidas com FLP são consideradas de risco para alterações na comunicação. Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de uma ferramenta de rastreio de sinais de alerta para alterações de fala especificamente relacionadas à FLP e DVF. Tal ferramenta pode trazer como benefício a redução de custos da reabilitação a partir do encaminhamento para atendimento fonoaudiólogo preventivo.

2 Revisão de Literatura

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

Desenvolver e avaliar uma ferramenta de rastreo do risco para alterações de fala, que faça a interface entre fatores clínicos para o desenvolvimento e aspectos de produção e percepção de fala em bebês com FLP nos três primeiros anos de vida da criança.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTO ÉTICO

O presente estudo foi realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) do HRAC-USP, com o Protocolo 1.918.5441 e CAEE 62554216.0.0000.5441 (Anexo A).

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa clínica, observacional, qualitativa e prospectiva. A pesquisa foi desenvolvida no Laboratório de Fonética do HRAC-USP e de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4.3 PROCEDIMENTOS

O projeto envolveu três fases (conforme ilustrado na Figura 1):

- Fase 1 - Planejamento e desenvolvimento da ferramenta;
- Fase 1.1 - Elaboração da lista de fatores clínicos para o desenvolvimento adequado da fala (Lista de Fatores Clínicos);
 - Fase 1.1.1 - Avaliação da lista de fatores clínicos para alterações de fala em crianças com FLP.
- Fase 1.2 - Elaboração da lista de comportamentos de fala nas 6 fases de desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva da fala nos bebês com FLP (Lista de Comportamentos de Fala).
 - Fase 1.2.1 - Avaliação da lista de comportamentos de fala nas 6 fases de desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva;
- Fase 1.3 - Criação da ferramenta de rastreio;
- Fase 2 - Avaliação da ferramenta de rastreio - RAFF;
- Fase 3 – Teste preliminar da eficácia da ferramenta de rastreio.

Nas Fases 1.1.1 e 1.2.1 o conteúdo das duas listas foi avaliado por um pediatra e uma fonoaudióloga (Avaliação do Conteúdo nº 1). O conteúdo das duas

listas foi avaliado por cinco pediatras e três fonoaudiólogas (Avaliação do Conteúdo nº1).

Figura 1 - Organograma das três fases do estudo

FASE 1 - PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DA FERRAMENTA

O projeto propôs o desenvolvimento de uma ferramenta de rastreio para identificação do risco de alterações de fala em bebês com FLP. A ferramenta foi elaborada para detecção do risco de alteração de fala, a partir de entrevista com cuidadores. Ela poderá ser aplicada por profissionais da saúde que atuam na atenção básica, a fim de identificar crianças com FLP que necessitam de encaminhamento precoce para gerenciamento fonoaudiológico. A ferramenta foi desenvolvida a partir da interface entre fatores clínicos para alterações de fala na FLP e sinais de atraso ou distúrbios de fala característicos nesta população. Inicialmente foram criadas duas listas separadas: uma Lista de Fatores Clínicos (Apêndice A) e uma Lista de Comportamentos de Fala (Apêndice B).

Ao preparar as listas usou-se linguagem simples, dinâmica e acessível, para que profissionais da saúde que atuam na atenção primária (fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas,

dentre outros) possam futuramente aplicar o rastreio para identificar pacientes com FLP, os quais apresentam riscos para desenvolverem alterações de fala. Desta forma, os aspectos a serem verificados com a ferramenta são aqueles de fácil acesso e observação, embasados cientificamente, e presentes na prática clínica de profissionais de saúde que interagem com bebês e crianças com FLP.

FASE 1.1 - LISTA DE FATORES CLÍNICOS

Os fatores clínicos que predis põem o bebê com FLP para alterações de fala foram identificados conforme citados na literatura, particularmente em livros sobre FLP (ALTMANN, 1997; BERTIER; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007; JESUS; DININNO, 2009; BARBOSA; PANNUZIO, 2017; BZOCH, 2004; PETERSON-FALZONE et al., 2010; KUMMER, 2014; NAPOLI, 2017). De uma forma geral, a literatura aponta várias condições como fatores que podem interferir direta ou indiretamente no desenvolvimento da fala na criança com FLP. Assim, os seguintes itens foram contemplados:

- Dificuldades alimentares (por exemplo: dificuldade para sugar, pausas respiratórias, cansaço, demora para se alimentar, uso de sonda alimentar, dificuldade para evoluir na consistência alimentar);
- Refluxo nasal do alimento;
- Otites recorrentes (otalgia, otorreia, imitanciometria alterada) e outras complicações de saúde (pneumonia aspirativa, amidalites de repetição);
- Cirurgias nos três primeiros anos (cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na orelha média, queiloplastia e palatoplastia);
- Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno);
- Hospitalizações nos três primeiros anos de vida.

Estes fatores foram incluídos numa tabela do Microsoft Excel e distribuídos em seis fases de desenvolvimento dividindo cada ano de vida da criança em dois semestres: 0-6 meses; 7-12m; 12-18m; 19-24m; 25-30m; 31-36m. Dessa forma criou-se a Lista de Fatores Clínicos (Apêndice A).

FASE 1.1.1 - AVALIAÇÃO DA LISTA DE FATORES CLÍNICOS

O conteúdo da Lista de Fatores Clínicos foi avaliado por um Pediatra (P1) (Apêndice A1). Após o pediatra aceitar participar deste projeto, a pesquisadora entregou presencialmente a Lista de Fatores Clínicos em um envelope. Após recebimento do material o P1 avaliou a lista e realizou uma análise qualitativa de cada item. Solicitou-se que ele fizesse sugestões de mudanças nas condições e intercorrências clínicas propostas como fatores clínicos.

FASE 1.2 - LISTA DE COMPORTAMENTOS DE FALA

Os comportamentos de fala nos bebês com FLP foram identificados na literatura da área da fonoaudiologia (livros e artigos). Os indivíduos com FLP podem apresentar diversas alterações de comunicação (KUEHN; MOLLER, 2000), como o uso de produções atípicas, bem como diferenças na aquisição e no desenvolvimento da fala e audição desde o primeiro ano de vida (GRUNWELL; RUSSELL, 1987; MOLLER, 1990; CHAPMAN, 1991; PETERSON-FALZONE et al., 2006). Os autores também referem dificuldades para a percepção dos sons, tendência de articular sons de maneira diferente das crianças sem a FLP, a perda de pressão intraoral, substituição de fonemas alveolares sonoros por palatais sonoros e hipernasalidade mais perceptível nas vogais altas /i/ e /u/ (VAN DEMARK et al., 1993). A literatura também relata dificuldade para produzir alguns sons antes das correções primárias. Os autores concordam ao citar a presença do escape de ar nasal, pressão intraoral reduzida e hipernasalidade como características universais das crianças com FLP não operada ou com DVF (WARREN, 1986; TROST-CARDAMONE, 2004; PEGORARO-KROOK et al., 2010).

Diante das informações obtidas com a revisão bibliográfica buscou-se mapear as habilidades de fala de crianças no período de zero a três anos de idade. Na literatura em português, particularmente, os aspectos relacionados ao desenvolvimento da linguagem são os mais encontrados, contudo, para o estudo, buscou-se um enfoque específico para a fala. Como muitos materiais foram encontrados na língua inglesa e não se pode generalizar o desenvolvimento fonético/fonológico destas para crianças brasileiras, foi realizada uma busca da cronologia da aquisição dos fonemas do português por idade, nas diferentes posições silábicas, para verificar o perfil de desenvolvimento de fala das crianças brasileiras (LAMPRECHT et al., 2004).

Segundo Lamprecht et al. (2004) a seguinte sequência de idades para aquisição dos sons da fala é observada em crianças de um a cinco anos sem FLP (não foram encontrados dados de cronologia de aquisição dos sons para crianças brasileiras com FLP na literatura consultada). Segundo Lamprecht et al. (2004) a seguinte cronologia de aquisição das consoantes foi observada em crianças brasileiras:

- /p/; /m/; /n/; /d/: aquisição esperada dos 12 meses aos 18 meses;
- /k/; /t/; /v/: aquisição esperada dos 13 meses aos 19 meses;
- /f/; /g/ : aquisição esperada dos 13 meses aos 20 meses;
- /s/: aquisição esperada dos 15 meses aos 30 meses;
- /j/ : aquisição esperada de 17 meses aos 42 meses.

Após esta etapa criou-se a Lista de Comportamentos de Fala (Apêndice B). Ela foi apresentada para especialistas avaliarem.

FASE 1.2.1 - AVALIAÇÃO DA LISTA DE COMPORTAMENTOS DE FALA

A lista de comportamentos de fala foi apresentada para uma fonoaudióloga (F1) que atua no HRAC-USP, para que a mesma confirmasse e/ou modificasse os itens com base na experiência clínica no gerenciamento da FLP. Para cada fase foram indicados seis comportamentos de fala esperados para a idade, sendo três para os aspectos receptivos e três para os aspectos expressivos da fala.

Após a F1 aceitar participar deste projeto, a pesquisadora entregou presencialmente a lista de comportamentos de fala em um envelope. Em seguida, a fonoaudióloga avaliou a lista e realizou uma análise qualitativa de cada item. Ela foi orientada a fazer sugestões de mudanças nos fatores propostos (Apêndice B1). Respeitou-se as etapas de desenvolvimento propostas (0-6 meses; 7-12m; 12-18m; 19-24m; 25-30m; 31-36m).

FASE 1.3 - CRIAÇÃO DA FERRAMENTA DE RASTREIO

Após a análise e revisão das duas listas, pelos dois especialistas (P1 e F1) e discussões entre as pesquisadoras, o conteúdo foi modificado e compilado em

um único material, criando-se assim um piloto da ferramenta de rastreio do Risco para Alterações de Fala em bebês com FLP (RAFF) (Apêndice C).

FASE 2 - AVALIAÇÃO DA FERRAMENTA DE RASTREIO RAFF

O conteúdo do RAFF (Apêndice C) foi submetido a avaliação (Validação de Conteúdo) de cinco pediatras e três fonoaudiólogas, vinculados ao HRAC, com experiência em atendimentos de pacientes com FLP. Os profissionais avaliaram o conteúdo do RAFF em cada faixa etária, a fim de analisar o nível de “clareza” do enunciado em cada item. Para a classificação do nível de clareza do enunciado os avaliadores foram orientados a considerar se a linguagem e as terminologias usadas poderiam ser compreendidas, tanto pelo profissional responsável pela aplicação do rastreio, quanto pelos pais e cuidadores interrogados quanto ao comportamento comunicativo da criança, usando como critério de avaliação uma escala de quatro pontos, na qual: um = muito claro; dois = bastante claro; três = pouco claro; quatro = não claro.

Os profissionais também foram solicitados a apresentar sugestões e modificações sempre que classificaram o nível de clareza maior que um. Após avaliação dos profissionais, as pesquisadoras realizaram o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC) (Apêndice D). Caso o IVC obtido fosse menor que 0,7 o instrumento seria revisado segundo as sugestões propostas, e teria sido avaliado novamente, após as modificações.

FASE 2.1 - AJUSTE DA FERRAMENTA DE RASTREIO – RAFF APÓS VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO

Após validação do conteúdo da ferramenta de rastreio, foi realizada a organização das questões em um novo formato, para ser aplicada com cuidadores (Apêndice E). Foi realizado o acréscimo do item “Interpretação dos achados” em cada faixa etária visando-se nesta fase identificar o formato final do RAFF para uso em postos de saúde. Para a interpretação dos achados considerou-se a combinação entre comportamento (adequados ou alterados) e fatores clínicos de risco (COM e SEM fatores clínicos), pensando-se também numa escala de pontuação onde:

-
- Comportamentos adequados SEM fatores clínicos (zero alterado + zero fatores clínicos) = Risco Ausente;
 - Comportamentos alterados SEM fatores clínicos (um ou mais comportamentos de fala alterados + zero fatores clínicos) = Risco Presente;
 - Comportamentos adequados COM fatores clínicos (zero alterado + dois ou mais fatores clínicos) = Risco Ausente;
 - Comportamentos alterados COM fatores clínicos (dois ou mais alterados + dois ou mais fatores clínicos) = Risco Presente

FASE 3 - TESTE PRELIMINAR DA EFETIVIDADE DA FERRAMENTA DE RASTREIO - RAFF

Uma vez aprimorada a ferramenta, a efetividade do RAFF para corroborar a conduta fonoaudiológica com relação ao desenvolvimento de fala foi estabelecida com a aplicação da ferramenta em cuidadores de crianças em tratamento no HRAC. Para tal, a pesquisadora atuou em parceria com fonoaudiólogas da Seção de Fonoaudiologia que indicaram quais os cuidadores que poderiam ser convidados para participar do estudo.

De acordo com a conduta ambulatorial da Seção de Fonoaudiologia do HRAC, os cuidadores são inicialmente orientados (pelas profissionais da fonoaudiologia preventiva) quanto ao desenvolvimento de fala e audição na primeira visita ao hospital (*caso novo*) e/ou no período de internação para realização de cirurgias primárias para corrigir a fissura (*rotina de internação*). Estes mesmos pais e familiares de bebês (que receberam as primeiras orientações durante caso novo e/ou rotina de internação) voltam a receber breves orientações sobre o desenvolvimento e a estimulação da audição, fala e linguagem quando retornam para a primeira avaliação de fala após a cirurgia de correção da fissura no palato. Neste primeiro retorno após a palatoplastia primária, todos os cuidadores recebem uma carta de encaminhamento do bebê para realizar avaliação fonoaudiológica na cidade de procedência. Os bebês são avaliados pela fonoaudióloga do HRAC nas idades de dois e quatro anos (correspondendo aproximadamente a um e três anos após a palatoplastia primária, respectivamente).

Levando em conta os procedimentos do HRAC foram planejados cinco dias de coleta de dados visando-se entrevistar 18 pais. Para tal, todos os pais e

cuidadores de bebês nos três primeiros anos de vida que passaram por consulta no HRAC, na semana de coleta, foram convidados para participar desta fase do estudo. Após os atendimentos da fonoaudióloga do HRAC, a pesquisadora aplicou o RAFF com os cuidadores. Para participar eles precisaram aderir e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a aplicação do RAFF foi usada uma sala especificamente designada para este projeto.

Como a rotina de atendimentos no HRAC nem sempre permitiu a consulta ao prontuário antes da aplicação do RAFF, todos os pais que aceitaram participar foram entrevistados e incluídos no estudo. Os prontuários dos bebês foram avaliados quando disponibilizados pela equipe do HRAC. Adotou-se como critério de exclusão o diagnóstico de síndromes genéticas ou outras malformações associadas a FLP, prematuridade, presença de complicações médicas resultando em internação na Unidade de Cuidados Especiais (UCE) ou na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), e o uso de sonda nasogástrica no momento do estudo. O critério de exclusão foi adotado uma vez que as condições citadas poderiam interferir nos resultados do RAFF, visto que ele foi elaborado para bebês com FLP sem outras complicações associadas. Para aplicação dos critérios de exclusão foi consultado o prontuário do paciente e, sempre que possível, conversado com a fonoaudióloga que atendeu o caso.

Durante a aplicação do RAFF com os cuidadores, a pesquisadora fez anotações dos aspectos que ainda podem ser melhorados, a fim de possibilitar um melhor entendimento do rastreio pelo profissional da saúde que não é fonoaudiólogo, e pelos cuidadores. Ao analisar os prontuários visando-se interpretar os achados do RAFF, também se refletiu sobre mudanças que favoreçam aprimorar a efetividade da ferramenta, uma vez que esta deve ser capaz de distinguir entre os bebês com FLP que necessitam de encaminhamento para avaliação/intervenção fonoaudiológica, daqueles bebês que necessitam apenas de acompanhamento do desenvolvimento ao longo dos três anos.

4.4 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

As listas de fatores clínicos e de comportamentos de fala e a ferramenta RAFF foram apresentadas descritivamente nos Apêndices A, B e E, respectivamente. Os resultados das avaliações das listas de fatores clínicos e dos

comportamentos de fala foram apresentados nos Apêndices A1 (com sugestões do P1) e B1 (com sugestões da F1), respectivamente.

O RAFF preliminar foi compilado a partir das listas de fatores clínicos e comportamentos de fala (Apêndice C). Ele foi apresentado em formato de formulário com instruções para a validação do conteúdo por cinco avaliadores pediatras especialistas (P1, P2, P3, P4, P5) e três avaliadoras fonoaudiólogas especialistas (F1, F2, F3). Os resultados da análise de cada item do protocolo quanto à clareza da aplicação, obtida dos oito avaliadores (P1, P2, P3, P4, P5 e F1, F2, F3), foram transcritos para uma planilha Excel e sumarizados no Apêndice D.

Os avaliadores classificaram cada item quanto à clareza, a partir de uma escala de quatro pontos, com o propósito de realizar a avaliação do conteúdo por meio da aplicação da equação do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para estabelecer o índice de validação do conteúdo considerou-se as respostas: um = muito claro; dois = claro; três = pouco claro; e quatro = não claro. Os menores números (um e dois) foram interpretados como indicativos de “conteúdo adequado” e os maiores números (três e quatro) como indicativos de “conteúdo não adequado”:

- Na escala, o **1** é o nível indicativo de “**muito claro**”. Além de ser um comportamento representativo da faixa etária em questão, não há sugestões para mudanças no conteúdo;
- Na escala, o **2** é o nível indicativo de “**claro**”. Quando julgar que o item é adequado, trazendo contribuições relevantes para alcançar os objetivos propostos pelo material;
- Na escala o **3** é o nível indicativo de “**pouco claro**”. Apesar de ser adequado, deixa de apresentar informações relevantes;
- Na escala o **4** é indicativo de “**não claro**”. Quando o item for incapaz de alcançar os objetivos.

Neste estudo, caso os examinadores assinalassem as opções três (pouco claro) ou quatro (não claro), os itens deveriam ser reformulados.

Com os resultados foi verificado o índice de validação do conteúdo realizando-se o cálculo que pode ser visualizado na eq. (1):

$IVC = \frac{\text{número de respostas "1" e "2"}}{\text{número total de respostas}}$

A eficiência preliminar do RAFF foi analisada qualitativamente comparando-se a interpretação dos resultados da ferramenta com a conduta estabelecida pela fonoaudióloga do HRAC quanto ao comportamento de fala (adequado ou alterado). Para tal, a pesquisadora consultou a conduta fonoaudiológica registrada no prontuário do paciente. Esses achados foram apresentados descritivamente.

5 Resultados

5 RESULTADOS

O conteúdo da ferramenta foi elaborado a partir da revisão bibliográfica realizada, e abrangeu a identificação do risco de alterações de fala em bebês com fissura labiopalatina, enfatizando-se o desenvolvimento da fala da criança com FLP. Espera-se que a ferramenta apresentada possa ser utilizada por profissionais da saúde que atuam na atenção básica, que não são fonoaudiólogos, a fim de identificar crianças com FLP que necessitam de encaminhamento precoce para gerenciamento fonoaudiológico.

A literatura na língua portuguesa abordou a produção dos sons da fala como parte do conteúdo do desenvolvimento de linguagem e as distorções de produção como parte do conteúdo da motricidade orofacial, sem detalhar os sons especificamente afetados pela presença da nasalização da fala, como ocorre na FLP. A literatura em inglês sobre este tema (*cleft palate speech*) foi muito mais ampla, quando comparada a literatura em português.

Em inglês foram estudados nove capítulos de livros (BROEN; MOLLER, 1993; BZOCH, 2004; CHAPMAN, 2011; GOLDING-KUSHNER, 2001; HUTTERS; BRONSTED, 1993; KEMP-FINCHAM et al., 1990; MOLLER; BROEN; KITTELSON, 1984; MOLLER, 1990; O'GARA; LOGEMANN, 1990; PETERSON-FALZONE; HARDIN-JONES; KARNELL, 2001; TOMES et al., 2004), 28 artigos científicos (CHAPMAN, 1991, 1993; CHAPMAN et al., 2001; CHAPMAN; HARDIN-JONES, HALTER, 2003; GRUNWELL; RUSSELL, 1987, 1988; HARDIN-JONES et al., 2003; FREDERICKSON, CHAPMAN, HARDIN-JONES, 2006; HARDIN-JONES; JONES, 2005; HARDIN-JONES; CHAPMAN, 2011; HOWARD; LOHMANDER, 2011; HUEBENER, 1997; JOCELYN; PENKO; RODE, 1996; KUEHN; MOLLER, 2000; NAKAJIMA; MITSUDONE; YOSIKAWA, 2001; NEIMAN; SAVAGE, 1997; O'GARA; LOGEMANN, 1988; PAMPLONA et al., 2000; PETERSON-FALZONE, 1995; SCHERER, 1999; SCHERER; WILLIAMS; PROCTOR-WILLIAMS, 2008; SCHERER; BOYC; MARTIN, 2013; VAN DEMARK, MORRIS, VANDEHAAR, 1979; WILLGING; KUMMER, 2001; WHO, 2002) e sete manuais e materiais multimídia (WIDE SMILES, 1996; THE ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE, 2005; CLEFT PALATE FOUNDATION, 2017; MONASH CHILDREN HOSPITAL, 2014; CHILDREN'S HOSPITALS AND CLINICS OF MINNESOTA, 2015; ASHA, 2017;

SEATTLE CHILDREN'S HOSPITAL, 2017). Na literatura nacional, mais especificamente, foram estudados três capítulos de livros (MARCELINO; MAXIMINO, 2008; MARINO et al., 2012; PEGORARO-KROOK et al., 2004), oito artigos científicos (HANAYAMA, 2009; JESUS; PENINO; VALENTE, 2009; JESUS; REIS, 2002; MENDES, 2014; GONÇALVES, 2012; MORAES, 2008; SUGUIMOTO, 2002; FERREIRA, 2014) e quatro manuais e materiais multimídia no tema em questão (FUNCRAF, 2012; SORRISO FONOAUDIOLOGIA, 2015; AS FISSURADAS, 2016; PORTAL DOS BEBÊS, 2017).

A Figura 2 ilustra os tipos de materiais estudados para elaboração do conteúdo desta ferramenta.

Figura 2 - Literatura em português e inglês sobre o tema Fissura Labiopalatina

Os conteúdos considerados relacionados ao tema de interesse foram incluídos nas listas descritas a seguir.

FASE 1.1 - ELABORAÇÃO DA LISTA DE FATORES CLÍNICOS

Com base na literatura estudada uma lista de fatores clínicos que podem ter um impacto no desenvolvimento da audição e fala nos bebês com FLP, foi compilada. Este material foi dividido em seis fases do desenvolvimento, a fim de facilitar a organização das informações a serem obtidas com o rastreio (Apêndice A). Na lista de fatores clínicos de risco específico para o desenvolvimento do bebê com FLP incluiu-se:

- Dificuldades alimentares (dificuldade para sugar, pausas respiratórias, cansaço, demora para se alimentar);

-
- Hospitalização para cirurgias;
 - Dificuldade para evoluir com consistência alimentar;
 - Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição);
 - Forma de obtenção do alimento (seio, mamadeira, sonda, outros);
 - Otites recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada);
 - Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM;
 - Outras complicações de saúde (pneumonia aspirativa);
 - Queiloplastia e palatoplastia primárias;
 - Palatoplastia primária fora do tempo previsto;
 - Palatoplastia secundária (para correção de deiscência ou fistula ou de insuficiência velofaríngea);
 - Refluxo nasal do alimento.

FASE 1.1.1 - AVALIAÇÃO DA LISTA DE FATORES CLÍNICOS

O conteúdo da Lista de Fatores Clínicos (Apêndice A) foi avaliado por um Pediatra – P1, o qual atuava no HRAC-USP há pelo menos três anos. Após aceitar participar deste projeto, com a assinatura do TCLE, a pesquisadora entregou presencialmente a Lista de Fatores Clínicos em um envelope e realizou a leitura de cada item, em conjunto com o Pediatra. O mesmo realizou a confirmação e a modificação dos itens apresentados, com base na experiência clínica no gerenciamento da FLP. As sugestões apresentadas levaram a realização de modificações que podem ser visualizadas no Apêndice A1, a fim de esclarecer melhor os itens investigados e evitar ambiguidades de interpretação, conforme sugerido pelo P1. A avaliação do material levou 30 minutos.

O avaliador respondeu com sugestões, que foram compiladas e apresentadas a seguir. Questão: “O que precisa ser melhorado neste material? ”

-Avaliador (P1): Acréscimo de questões e sugestões de fatores que são observados na sua experiência clínica, redução de texto, com a indicação de simplificação do texto e substituição de terminologias técnicas que podem confundir o avaliador.

FASE 1.2 - ELABORAÇÃO DA LISTA DE COMPORTAMENTOS DE FALA

Uma análise do material encontrado na literatura em inglês e português resultou numa lista de comportamentos de fala distribuídos em seis fases de desenvolvimento, dividindo-se cada ano de vida da criança em dois semestres: 0-6 meses; 7-12m; 12-18m; 19-24m; 25-30m; 31-36m (Apêndice B). Os comportamentos selecionados pela pesquisadora e sua orientadora foram incluídos numa planilha do Microsoft Excel incluindo três comportamentos para percepção de fala (o que o bebê entende) e seis comportamentos para produção de fala (o que o bebê fala).

FASE 1.2.1 - AVALIAÇÃO DA LISTA DE COMPORTAMENTOS DE FALA

A fonoaudióloga (F1) analisou a lista proposta, após aceitar participar deste estudo. As modificações e sugestões apresentadas foram descritas no Apêndice B1. Elas incluem modificações na linguagem usada de forma que o conteúdo selecionado possa ser compreendido por profissionais não fonoaudiólogos e pais evitando-se ambiguidades de interpretação, conforme sugerido pela avaliadora F1. A avaliadora respondeu com as seguintes sugestões ao ser indagada: “O que precisa ser melhorado neste material? ”

-Avaliadora F1: “*Acredito que tem textos em excesso (sugiro reduzir). Pode melhorar a linguagem para deixar mais acessível aos pais. Há locais em que ainda há termos técnicos.*” Ela sugeriu modificações em algumas exemplificações de palavras e frases para cada fase, de acordo com os sons mencionados e ajuste de terminologias técnicas para facilitar a leitura, bem como a redução do texto.

FASE 1.3 - CRIAÇÃO DA FERRAMENTA DE RASTREIO

Após sugestões do pediatra (P1) e da fonoaudióloga (F1), e reflexões com base nos materiais estudados, a ferramenta foi finalizada em formato de formulário para respostas da avaliação do conteúdo do rastreio. A ferramenta foi denominada Rastreio de Risco de Alterações de Fala na Fissura Labiopalatina (RAFF) (Apêndice C) e foi compilada combinando-se os conteúdos da Lista de Fatores Clínicos e da Lista de Comportamentos de Fala, nas seis fases de

desenvolvimento estudadas. O RAFF passou por avaliação de conteúdo na fase dois deste estudo.

FASE 2 - AVALIAÇÃO DA FERRAMENTA DE RASTREIO - RAFF

Durante o período dedicado à avaliação do material, cinco pediatras (P1, P2, P3, P4 e P5) e três fonoaudiólogas (F1, F2 e F3), vinculados ao HRAC e com experiência em atendimentos de pacientes com FLP, foram convidados para validar o conteúdo do RAFF. P1 foi o mesmo pediatra que participou da Fase 1 de avaliação da Lista de Fatores Clínicos. F1 foi a mesma fonoaudióloga que avaliou a lista de comportamentos de fala na Fase 1.

Conforme proposto, os avaliadores receberam o formulário para análise do RAFF (Apêndice C) e puderam analisar individualmente no tempo disponível com as respostas marcadas no formulário impresso. No item “sugestões e modificações”, os avaliadores sugeriram esclarecimentos de alguns itens a fim de facilitar o entendimento do rastreio e sua aplicação. A pesquisadora recebeu os resultados dos oito avaliadores, e suas respostas foram inseridas em uma planilha do programa Excel. As sugestões e modificações sugeridas foram tabuladas e apresentadas no Apêndice D, que inclui as seguintes colunas: o item como era antes; as sugestões apresentadas pelos avaliadores, o item modificado após as sugestões, e o IVC estabelecido após a análise dos oito avaliadores. O IVC foi apresentado no Apêndice D e também nas Tabelas 1 a 6, que podem ser visualizadas abaixo (uma tabela para cada faixa etária da ferramenta).

Na faixa etária de 0-6 meses foram avaliadas quatro questões do item “o que a criança fala” (F1, F2, F3); três questões do item “o que a criança entende” (E1, E2, E3), e nove questões do item “fatores clínicos” (FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9). Um IVC total para o período de 0-6 meses foi obtido. Ele indicou que os avaliadores reportaram que 86% dos aspectos avaliados estavam muito claros e 14% estavam claros.

Tabela 1 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3)”, “O que a criança Entende (E1, E2, E3)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 0-6 meses

Item	Aspectos avaliados 0-6 meses	Muito Claro (%)	Claro (%)
F1	Produz vogais como aaa, iii, uuu?	100%	0%
F2	Faz barulho com lábios/língua brrrr, ummmm?	87%	13%
F3	Repete sílabas iguais “mamama”?	100%	0%
E1	Reage ao som...?	100%	0%
E2	Procura o som?	100%	0%
E3	Olha nos olhos de quem fala?	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldade para obter o alimento?	37%	67%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal de alimento?	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia...?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia?	100%	0%
FC6	Teve complicação após a cirurgia?	75%	25%
FC7	Colocou tubinho (carretel) de ventilação na orelha?	87%	13%
FC8	O som escapa pelo nariz? A fala é fanhosa?	87%	13%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	62%	38%
IVC Total no período de 0-6 meses de vida		86%	14%

Legenda: IVC=índice de Validação do Conteúdo

Os itens, as sugestões dos avaliadores e as modificações realizadas estão detalhados no Apêndice D

Na faixa etária de 7-12 meses, foram avaliadas três questões do item “o que a criança fala” (F1, F2, F3), três questões do item “o que a criança entende” (E1, E2, E3)” e 10 questões do item “fatores clínicos” (FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9 e FC10). Um IVC total para o período de 7-12 meses foi obtido, o que indicou que os avaliadores reportaram que 87% dos aspectos avaliados estavam muito claros e 13% estavam claros.

Tabela 2- Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3)”, “O que a criança Entende (E1, E2, E3)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 7-12 meses

Item	Aspectos avaliados 7-12 meses	Muito Claro (%)	Claro (%)
F1	Repete sílabas variadas “madada”; “babama”?	75%	25%
F2	Imita animais: miau, muuuu, méééé, upaupa, au-au?	100%	0%
F3	Usa sons “M” em palavra como “mamá” para pedir a mamadeira?	100%	0%
E1	Entende e aponta objetos ou pessoas quando você pede?	87%	13%
E2	Olha quando você chama?	100%	0%
E3	Entende e imita gestos quando você pede...?	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	25%	75%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento...?	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia...?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia...?	75%	25%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é “fanhosa”?	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons “m” e “n” como “mómo” para vovó...?	100%	0%
IVC Total no período de 7-12 meses de vida		87%	13%

Legenda: IVC=índice de Validação do Conteúdo

Os itens, as sugestões dos avaliadores e as modificações realizadas estão detalhados no Apêndice D

Na faixa etária de 13-18 meses foram avaliadas quatro questões do item “o que a criança fala” (F1, F2, F3, F4); duas questões do item “o que a criança

entende" (E1, E2)" e dez questões do item "fatores clínicos" (FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10)". Um IVC total para o período de 13-18 meses foi obtido, o que indicou que os avaliadores reportaram que 88% dos aspectos avaliados estavam muito claros e 12% estavam claros.

Tabela 3 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados "O que a criança Fala (F1, F2, F3, F4)", "O que a criança Entende (E1, E2)" e "Fatores clínicos (FC)", na faixa etária de 13-18 meses

Item	Aspectos avaliados 13-18 meses	Muito Claro (%)	Claro (%)
F1	Usa som "N" em palavra como "não"?	87%	13%
F2	Usa som "B" em palavra como "aba" para pedir água?	87%	13%
F3	Usa sons "P" em palavra como "papa" para papai ou para comida?	100%	0%
F4	Usa som "D" em palavra como "dá" para pedir algo?	100%	0%
E1	Reconhece sons da vida diária...?	100%	0%
E2	Compreende ordem simples: vem aqui, não mexe?	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	38%	62%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento...?	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia...?	75%	25%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	87%	13%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:	62%	38%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons "m" e "n" como "mó mó" para vovó...?	100%	0%
IVC Total no período de 13-18 meses de vida		88%	12%

Legenda: IVC=Índice de Validação do Conteúdo

Os itens, as sugestões dos avaliadores e as modificações realizadas estão detalhados no Apêndice D

Na faixa etária de 19-24 meses foram avaliadas quatro questões do item "o que a criança fala" (F1, F2, F3, F4), duas questões do item "o que a criança entende" (E1, E2) e dez questões do item "fatores clínicos" (FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10). Um IVC total para o período de 19-24 meses foi obtido indicando que os avaliadores reportaram que 87% dos aspectos avaliados estavam muito claros e 13% estavam claros.

Tabela 4 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados "O que a criança Fala (F1, F2, F3, F4)", "O que a criança Entende (E1, E2)" e "Fatores clínicos (FC)", na faixa etária de 19-24 meses

(continua)			
Item	Aspectos Avaliados 19-24 meses	Muito Claro (%)	Claro (%)
F1	Usa sons "Q" ou "C" em palavra como "qué", para quero...?	100%	0%
F2	Usa som "T" em palavra como "oto" para pedir outro biscoito?	87%	13%
F3	Usa som "V" em palavra como "vovó"?	87%	13%
F4	Usa frase com 2 palavras: "é meu"; "qué papa" para ir com o papai?	100%	0%
E1	Entende ordem com dois ou mais comandos...?	100%	0%
E2	Interage quando escuta seu programa favorito...?	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	38%	62%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento...?	87%	13%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia...?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia...?	62%	38%

Item	Aspectos Avaliados 19-24 meses	(conclusão)	
		Muito Claro (%)	Claro (%)
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó...?	100%	0%
IVC Total no período de 19-24 meses de vida		87%	13%

Legenda: IVC=índice de Validação do Conteúdo

Os itens, as sugestões dos avaliadores e as modificações realizadas estão detalhados no Apêndice D

Na faixa etária de 25-30 meses foram avaliadas quatro questões do item "o que a criança fala" (F1, F2, F3, F4); três questões do item "o que a criança entende" (E1, E2, E3) e dez questões do item dos "fatores clínicos" (FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10). Um IVC total para o período de 25-30 meses foi obtido indicando que os avaliadores reportaram que 88% dos aspectos avaliados estavam muito claros e 12% estavam claros.

Tabela 5 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados "O que a criança Fala (F1, F2, F3, F4)", "O que a criança Entende (E1, E2, E3)" e "Fatores clínicos (FC)", na faixa etária de 25-30 meses

Item	Aspectos Avaliados 25-30 meses	Muito Claro (%)	Claro (%)
F1	Usa sons "G" em palavra como "Gui"?	100%	0%
F2	Usa som "F" em palavra como "feito"; "fui" ou como "fo" para flor?	87%	13%
F3	Usa som "S" no final de palavras como "mais"?	87%	13%
F4	Usa frase com 3 palavras: "qué mais papa"?	100%	0%
E1	Atende pelo nome?	100%	0%
E2	Entende verbos: pula, corre, vem, dá?	100%	0%
E3	Entende ordem com três ou mais comandos...?	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	50%	50%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento...?	75%	25%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia...?	50%	50%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia...?	50%	50%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	100%	0%
FC10	Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó...?	100%	0%
IVC Total no período de 25-30 meses de vida		88%	12%

Legenda: IVC=índice de Validação do Conteúdo

Os itens, as sugestões dos avaliadores e as modificações realizadas estão detalhados no Apêndice D

Na faixa etária de 31-36 meses foram avaliadas três questões do item "o que a criança fala" (F1, F2, F3); três questões do item "o que a criança entende" (E1, E2, E3) e dez questões do item "fatores clínicos" (FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10). Um IVC total para o período de 31-36 meses foi obtido indicando que os avaliadores reportaram que 88% dos aspectos avaliados estavam muito claros e 12% estavam claros.

Tabela 6 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) quanto aos aspectos avaliados “O que a criança Fala (F1, F2, F3)”, “O que a criança Entende (E1, E2, E3)” e “Fatores clínicos (FC)”, na faixa etária de 31-36 meses

Item	Aspectos Avaliados 31-36 meses	Muito Claro (%)	Claro (%)
F1	Usa sons “CH” em palavra como bicho?	100%	0%
F2	Usa som “S” em palavra como “sai”?	100%	0%
F3	Usa frase com 4 palavras: “qué mais papa, nenê”...?	87%	13%
E1	Entende as palavras: quem, o que, onde?	87%	13%
E2	Responde perguntas: onde você foi?; o que você fez?...?	100%	0%
E3	Reconhece cores, adjetivo, plural, gênero?	87%	13%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	50%	50%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento...?	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia...?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia...?	75%	25%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	87%	13%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é “fanhosa”?	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons “m” e “n” como “mómó” para vovó...?	100%	0%
IVC Total no período de 31-36 meses de vida		88%	12%

Legenda: IVC=índice de Validação do Conteúdo

Os itens, as sugestões dos avaliadores e as modificações realizadas estão detalhados no Apêndice D

Um IVC médio obtido para o RAFF revelou que 87% dos avaliadores classificaram os itens como “muito claros” e 13% como “claros”, conforme ilustrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição do Índice de Validação do Conteúdo Médio da ferramenta RAFF nas diferentes faixas etárias estudadas

Fases	Muito Claro (%)	Claro (%)
0-6 meses	86%	14%
7-12 meses	87%	13%
13-18 meses	88%	12%
24 meses	87%	13%
30 meses	88%	12%
36 meses	88%	12%
IVC Médio	87%	13%

Legenda: %=porcentagem

FASE 2.1 - FERRAMENTA DE RASTREIO – RAFF- APLICADA EM CUIDADORES

Do total de 96 itens analisados pelos oito avaliadores 76 (79%) foram julgados como “muito claros” e 20 (21%) foram julgados como “claros”. Nos itens que não obtiveram pontuação máxima encontram-se: Faz barulho com lábios/língua brrrr, ummmm?; Tem ou teve dificuldade para obter o alimento?; Tem ou teve condição clínica como pneumonia...?; Teve complicação após a cirurgia?; Colocou tubinho (carretel) de ventilação na orelha?; O som escapa pelo nariz? A fala é fanhosa?; Faz sons usando soquinhos na garganta?; Repete sílabas variadas “madada”; “babama”?; Entende e aponta objetos ou pessoas quando você pede?; Usa som “N”

em palavra como “não”?; Usa som “**B**” em palavra como “aba” para pedir água?; Fez cirurgia? Qual?; Usa som “**T**” em palavra como “oto” para pedir outro biscoito?; Usa som “**V**” em palavra como “vovó”?; Usa som “**F**” em palavra como “feio”; “fui” ou como “fo” para flor?; Usa som “**S**” no final de palavras como “mais”?; Tem ou teve refluxo nasal do alimento...?; Usa frase com 4 palavras: “qué mais papa, nenê”...?; Reconhece cores, adjetivo, plural, gênero?; Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?. Nenhum item foi julgado como “pouco claro” ou “não claro”. Após a avaliação do conteúdo do RAFF (Apêndice C) pelos especialistas, a ferramenta foi ajustada de acordo com as sugestões (Apêndice D) a fim de tornar a linguagem mais simples e apropriada para a Fase 3 de aplicação, com cuidadores (Apêndice E).

As pesquisadoras responsáveis também excluíram dois itens da fase dos “6 primeiros meses”: “o ar/som escapa pelo nariz? A fala é fanhosa”? e o item “Usa muito os sons “m” e “n” como “mómó” para vovó; “nonói” para dodói; “mêmê” para bebê, pois após discussão e aplicação do instrumento, foi verificado que essas condições não correspondem a faixa etária dos 0-6 meses de idade.

FASE 3 – TESTE PRELIMINAR DA EFICÁCIA DA FERRAMENTA DE RASTREIO

Conforme orientação das fonoaudiólogas da Seção de Fonoaudiologia foram selecionados 18 cuidadores. Eles foram convidados para participar de um teste preliminar da efetividade do RAFF (não houve tempo hábil para implementar um segundo estudo de efetividade). Na semana estabelecida para coleta dos dados da Fase 3 a pesquisadora entrou em contato com os 18 cuidadores após os atendimentos da fonoaudióloga do HRAC. Uma vez feito o convite, o RAFF foi aplicado com todos que aceitaram participar e assinaram o TCLE.

5.1 CASUÍSTICA

Foram selecionados 18 pacientes e prontuários para esta fase do estudo. A aplicação da ferramenta foi realizada pelo pesquisador responsável, com os 18 cuidadores de bebês com FLP nas faixas etárias de 0-6 meses, 7-12 meses, 13-18 meses, 19-24 meses, 25-30 meses e 31-36 meses com FLP. Na Tabela 8 foi apresentada a distribuição dos participantes por grupo etário e sexo.

De acordo com a cronologia para realização do tratamento da FLP no HRAC, quando o bebê realiza os procedimentos cirúrgicos primários no tempo previsto, ele é encaminhado para a avaliação de fala em suas cidades de procedência, na idade de um ano e oito meses de idade. Quando a cirurgia é realizada após o prazo previsto, o bebê é encaminhado para a avaliação fonoaudiológica 30 dias após a palatoplastia primária. Antes dos 20 meses de idade, portanto, a avaliação de fala individual no HRAC não é prevista para crianças que não apresentam intercorrências além da FLP. Assim, os dados obtidos com cuidadores de bebês nos grupos G1, G2 e G3 (0-6 meses, 7-12 meses e 13-18 meses) foram analisados apenas de forma qualitativa e descritiva (Tabelas 9, 10 e 11). O cálculo preliminar da efetividade da ferramenta RAFF, portanto, foi realizado apenas com os dados obtidos com os nove cuidadores dos bebês nos grupos G4, G5 e G6 (Tabelas 12, 13 e 14).

Tabela 8 - Distribuição da amostra registrada segundo a faixa etária e sexo

Grupos	n	Sexo		Idade Mês	n Eficácia
		Masculino	Feminino		
G1 (0-6m)	2	1	1	5m; 6m	0
G2 (7-12m)	2	1	1	7m; 7m	0
G3 (13-18m)	5	4	1	13m; 13m; 16m; 18m; 18m	0
G4 (19-24m)	1	1	0	19m;	1
G5 (25-30m)	2	1	1	28m; 29m	2
G6 (31-36m)	6	4	2	31m; 31m; 34m; 35m; 36m e 36m	6
TOTAL	18	12	6	Idade Média:	9

Legenda: n=número; m=mês

Os resultados dos grupos G1, G2 e G3 foram descritos nas Tabelas 9, 10 e 11, respectivamente. No grupo G1 foi possível verificar que nesta etapa houve identificação de alterações precoces de fala e fatores clínicos que os bebês estavam expostos devido à FLP.

A Tabela 9 mostrou os dados obtidos com o RAFF para os dois bebês na fase dos 0-6 meses. Ela incluiu tipo de fissura, interpretação dos achados sobre o que o bebê entende e o que fala (alterado ou adequado), e os fatores clínicos relatados pelos cuidadores nesta fase. As vocalizações estão presentes nesta fase, porém os dois pais não identificaram nesta etapa os “barulhos com lábios e/ou língua: “brrrummm”, nem o início das repetições de sílabas como /mamama/. No item “fatores clínicos”, os pais ressaltaram dificuldade alimentar e métodos alternativos para alimentar a criança (uso de sonda alimentar). Nos primeiros dias após o nascimento foi relatado a presença de refluxo nasal do alimento. Também

se identificou um bebê que não realizou, na fase estudada, a cirurgia primária de reparo do lábio (queiloplastia). Ela estava prevista para ser realizada com três meses de idade.

Tabela 9 - Desempenho do Grupo 1 no RAFF - Faixa etária de 0-6 meses (G1) – n=2

Idade	Tipo de fissura	O que a criança entende n=3	O que a criança fala n=4	Fatores clínicos n=8
5 meses	FTU	Adequado	Alterado	Alterado
6 meses	FTB	Adequado	Adequado	Adequado

Legenda: FTU=Fissura transforame unilateral; FTB=Fissura transforame bilateral; n=número

A Tabela 10 sumarizou os dados obtidos com o RAFF para os dois bebês na fase dos 7-12 meses, incluindo tipo de fissura, interpretação dos achados sobre o que o bebê entende e o que fala (alterado ou adequado) e os fatores clínicos relatados pelos cuidadores nesta fase. Um dos bebês nesta fase apresentou dificuldades para ingerir alimento ao nascimento, precisou usar sonda alimentar e apresentou refluxo nasal do alimento, fatores englobados nos “Fatores Clínicos”.

Tabela 10 - Desempenho do Grupo 2 no RAFF - Faixa etária de 7-12 meses (G2) – n=2

Idade	Tipo de fissura	O que a criança entende n=3	O que a criança fala n=3	Fatores clínicos n=10
7 meses	FTB	Adequado	Adequado	Adequado
7 meses	FPFI	Adequado	Adequado	Alterado

Legenda: FTB=Fissura transforame bilateral; FPFI=Fissura pós-forame incompleta; n=número

A Tabela 11 sumarizou os dados obtidos com o RAFF para os cinco bebês na fase dos 13-18 meses. Isso incluiu tipo de fissura, interpretação dos achados sobre o que o bebê entende e o que fala (alterado ou adequado) e os fatores clínicos relatados pelos cuidadores nesta fase. Observou-se que a maioria dos bebês apresentou alterações de fala e fatores clínicos associados a FLP, ou seja, quatro crianças ainda não produziam o som do /d/ (questão F4) nesta faixa etária, quatro crianças não produziam o /b/ (questão F2), três crianças não produziam o /p/ (questão F3) e uma criança não produzia o som do /n/ (questão F1). O único som produzido por todos os bebês nesta faixa etária foi o /m/ (questão FC10).

Tabela 11 - Desempenho do Grupo 3 no RAFF - Faixa etária de 13-18 meses (G3) – n=5

13-18 meses	Tipo de fissura	O que a criança entende n=2	O que a criança fala n=4	Fatores clínicos n=10
1 ano 1 mês	FTU	Adequado	Alterado	Alterado
1 ano 1 mês	FTU	Adequado	Alterado	Alterado
1 ano 4 meses	FPFI	Adequado	Alterado	Alterado

1 ano 6 meses	FTU	Adequado	Alterado	Alterado
1 ano 4 meses	FPI	Adequado	Adequado	Adequado

Legenda: FTU=Fissura transforame unilateral; FPI=Fissura pós-forame incompleta; n=número

Nos grupos G4 a G6 as idades dos bebês permitiram verificar, de forma preliminar, a eficácia da ferramenta RAFF em corroborar a conduta fonoaudiológica. A Tabela 12 sumarizou os dados obtidos com o RAFF para um bebê na fase dos 19-24 meses incluindo tipo de fissura, interpretação dos achados sobre o que o bebê entende e o que fala (alterado ou adequado), os fatores clínicos relatados pelos cuidadores nesta fase e a conduta fonoaudiológica indicada pela profissional do HRAC (Encaminhamento para Fonoaterapia ou Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança). Observou-se que a ferramenta identificou alterações na produção de fala e fatores clínicos agravantes corroborando a conduta indicada pela profissional do HRAC após avaliação da criança que foi o encaminhamento para fonoterapia.

Tabela 12 - Desempenho do Grupo 4 no RAFF - Faixa etária de 19-24 meses (G4) – n=1

19-24 meses	Tipo de fissura	O que a criança entende n=2	O que a criança fala n=4	Fatores clínicos n=10	Conduta HRAC
1 ano 9 meses	FPFI	Adequado	Alterado	Alterado	Fonoterapia

Legenda: FPFI= Fissura pós-forame incompleta; n=número; HRAC=Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

Como ilustrou a Tabela 12, o bebê estudado apresentou todos os itens da categoria “o que a criança fala” alterados: mãe relatou que a criança não usava o som /k/ (questão F1), assim como não fazia o uso do som /t/ (questão F2), som “V” (questão F3) e não usava frase com duas palavras (questão F4). Como interpretação dos achados encontraram-se quatro comportamentos alterados e três fatores clínicos de risco. Na escala de pontuação pode-se observar como resultado a alternativa “d” - comportamentos alterados COM fatores clínicos (dois ou mais alterados + dois ou mais fatores clínicos), o que indicou Risco Presente. O dado foi compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC, com indicação para fonoterapia.

A Tabela 13 sumarizou os dados obtidos com o RAFF para os dois bebês na fase dos 25-30 meses que incluiu: tipo de fissura, interpretação dos achados sobre o que o bebê entende e o que fala (alterado ou adequado), os fatores clínicos relatados pelos cuidadores nesta fase e a conduta fonoaudiológica indicada pela

profissional do HRAC (Encaminhamento para Fono terapia ou Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança). Observou-se que a ferramenta identificou alterações na produção de fala e fatores clínicos agravantes corroborando a conduta indicada pela profissional do HRAC após avaliação de uma criança, que foi o encaminhamento para fono terapia, assim como a conduta de acompanhamento indicada para a outra criança. A segunda criança, apesar de apresentar fatores clínicos agravantes, não apresentou alterações na percepção e nem na produção de fala.

Uma das crianças não fazia o uso do som /s/ (questão F3) e não fazia uso de frase de três palavras (questão F4), segundo relato da mãe. A mãe também relatou como fatores clínicos dificuldades para ingerir alimento (questão FC1), fez o uso da sonda alimentar (questão FC2) e passou por processo cirúrgico (palatoplastia primária) - questão FC5. Para esta criança a examinadora também interrogou o cuidador quanto aos comportamentos da fase anterior (19-24 meses) e verificou que a criança produzia todos os sons previstos nesta etapa, com exceção do som /v/ (questão F3). Como interpretação dos achados encontraram-se quatro comportamentos alterados e três fatores clínicos de risco, na escala de pontuação. Observou-se como resultado a alternativa /d/ - comportamentos alterados COM fatores clínicos (dois ou mais alterados + dois ou mais fatores clínicos), que indicou Risco Presente. O dado foi compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC, com indicação para fono terapia.

Outra criança não fazia o uso do som /s/ (questão F3), porém fazia o uso dos outros sons mencionados para esta etapa e também dos sons da etapa anterior (19-24 meses). Para esta criança a examinadora também interrogou o cuidador quanto aos comportamentos da fase posterior, identificando que a criança não fazia o uso de frases de quatro elementos (F3 da fase 31 a 36 meses). Segundo relatos da mãe, a criança apresentou os seguintes fatores clínicos: dificuldades para ingerir alimentos (questão FC1), refluxo nasal do alimento até a data presente (questão FC3), realizou cirurgia (questão FC5) e fez cirurgia otológica de “colocação do tubinho de ventilação” (questão FC7). Na escala de pontuação observou-se como resultado a alternativa “c” - comportamentos adequados COM fatores clínicos (zero alterado + dois ou mais fatores clínicos), que indicou Risco Ausente. O dado foi compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC, que não indicou fono terapia para a fala, mas indicou acompanhamento.

Tabela 13 - Desempenho do Grupo 5 no RAFF - Faixa etária de 25-30 meses (G5) – n=2

25--30 meses	Tipo de fissura	O que a criança entende n=3	O que a criança fala n=4	Fatores clínicos n=10	Conduta HRAC
29 meses	FPFC	Adequado	Alterado	Alterado	Fonoterapia
28 meses	FPFI	Adequado	Adequado	Alterado	Acompanhamento

Legenda: FPFC=Fissura pós-forame completa; FPFI=Fissura pós-forame incompleta; n=número; HRAC=Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

A Tabela 14 sumarizou os dados obtidos com o RAFF para os seis bebês na fase dos 31-36 meses. Os dados incluíram tipo de fissura, interpretação dos achados sobre o que o bebê entende e o que fala (alterado ou adequado), os fatores clínicos relatados pelos cuidadores nesta fase e a conduta fonoaudiológica indicada pela profissional do HRAC (Encaminhamento para Intervenção: Fonoterapia ou Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança). Observou-se que a ferramenta identificou alterações na produção de fala e fatores clínicos agravantes corroborando a conduta indicada pela profissional do HRAC, após avaliação de quatro crianças (encaminhamento para fonoterapia) e também corroborou a conduta de acompanhamento indicada para duas crianças que não apresentaram alterações na percepção, nem na produção de fala.

A primeira criança na tabela, de 31 meses, não fazia o uso dos sons /j/ (questão F1) e do /s/ (questão F2), não fazia o uso de frases com quatro palavras (questão F3) e não produzia sons esperados em etapas anteriores (25-30 meses e 19-24 meses). A mãe referiu comportamento sugestivo de atraso importante de fala, e informou que a criança fazia tratamento fonoaudiológico na cidade (sem diagnóstico fechado). Quanto aos fatores clínicos, o paciente apresentou refluxo nasal antes da cirurgia (questão FC3), otites recorrentes (questão FC4), fez duas cirurgias (queiloplastia e palatoplastia) (questão FC5) e fez cirurgia otológica - “colocou tubinho de ventilação” (questão FC7). Como interpretação dos achados foram encontrados três comportamentos alterados e três fatores clínicos de risco na escala de pontuação. Foi possível observar como resultado a alternativa “d”: comportamentos alterados COM fatores clínicos (dois ou mais alterados + dois ou mais fatores clínicos), o que indicou Risco Presente. Esse dado foi compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC, que indicou fonoterapia.

A segunda criança na tabela, de 36 meses, não apresentou alterações de fala e teve em sua história a ocorrência dos seguintes fatores clínicos: refluxo nasal do alimento (questão FC3), histórico de otites recorrentes (questão FC4), realizou

cirurgias (Palatoplastia, Amígdalas e otológica) (questão FC5), fez uso tubinho de ventilação (questão FC6). Como interpretação dos achados encontrou-se comportamentos adequados de produção e percepção de fala, porém, houve quatro fatores de risco. Na escala de pontuação, pode-se observar como resultado a alternativa “c” - comportamentos adequados COM fatores clínicos (zero alterado + dois ou mais fatores clínicos) que indicou Risco Ausente. A Fonoaudióloga do HRAC encaminhou o paciente para fonoterapia com enfoque no desenvolvimento de linguagem, sem mencionar alteração de fala.

A terceira criança, na idade de 35 meses, não apresentou a produção dos sons /j/ (questão F1) e /s/ (questão F2). Como fatores clínicos, apresentou refluxo nasal (questão FC3), fez duas cirurgias (queiloplastia e palatoplastia) (questão FC5) e teve complicação cirúrgica (questão FC6). Como interpretação dos achados encontrou-se dois comportamentos alterados e três fatores clínicos de risco, na escala de pontuação, indicando como resultado a alternativa “d” - comportamentos alterados COM fatores clínicos (dois ou mais alterados + dois ou mais fatores clínicos), que apontou Risco Presente. Dado compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC que indicou para fonoterapia.

A quarta criança da tabela, de 36 meses, não apresentou a produção dos sons /j/ (questão F1) e do /s/ (questão F2). Como fatores clínicos possuía dificuldades alimentares (FC1), apresentou refluxo nasal (questão FC3), fez três cirurgias (queiloplastia e palatoplastia primária e secundária) (questão FC5) e teve complicação cirúrgica “fístula-buraquinho no céu da boca” (questão FC6). A mãe também indicou que observava “ar/som escapa pelo nariz/fala fanhosa” (questão FC8), mas que apresentava dúvida sobre a presença de “soquinhos na garganta” (FC9). Como interpretação dos achados encontrou-se dois comportamentos alterados e sete fatores clínicos de risco, na escala de pontuação. Pode-se observar como resultado a alternativa “d” - comportamentos alterados COM fatores clínicos (dois ou mais alterados + dois ou mais fatores clínicos), que indicou Risco Presente. O dado foi compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC que orientou a continuidade da fonoterapia na cidade de origem, além de enviar uma carta com orientações de terapia.

A quinta criança, com 36 meses, apresentou comportamentos adequados de produção e percepção de fala e dois fatores clínicos, que foram o refluxo nasal de alimento antes da cirurgia (questão 3) e a realização de cirurgia (questão FC5).

Na escala de pontuação foi possível observar como resultado a alternativa “c”: comportamentos adequados COM fatores clínicos (zero alterado + dois ou mais fatores clínicos), que indicou Risco Ausente. O dado foi compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC que indicou alta Fonoaudiológica.

A sexta criança, com 36 meses, não apresentou a produção dos sons /j/ (questão F1) e /s/ (questão F2). Como fatores clínicos, ela apresentou dificuldades alimentares (FC1), usou sonda alimentar (questão FC2), apresentou refluxo nasal (questão FC3), fez cirurgias (queiloplastia e palatoplastia) (questão FC5), apresentou complicação cirúrgica “fístula-buraquinho no céu da boca” (questão FC6), colocou tubinho de ventilação (questão FC7), a mãe do paciente referiu que observava “ar/som escapa pelo nariz/ fala fanhosa” (questão FC8) e também a presença de “soquinhos na garganta” (questão FC9), além de não produzir os sons /m/ e /n/ (questão F10). Como interpretação dos achados encontrou-se dois comportamentos alterados e oito fatores clínicos de risco. Na escala de pontuação foi possível observar como resultado a alternativa “d” - comportamentos alterados COM fatores clínicos (dois ou mais alterados + dois ou mais fatores clínicos), o que indicou Risco Presente. O dado foi compatível com a conduta da Fonoaudióloga do HRAC que encaminhamento para fonoterapia.

Tabela 14 - Desempenho do Grupo 6 no RAFF - Faixa etária de 31-36 meses (G6) – n=6

31-36 meses	Tipo de fissura	O que a criança entende n=3	O que a criança fala n=3	Fatores clínicos n=10	Conduta HRAC
31 meses	FTU	Adequado	Alterado	Alterado	Fonoterapia
36 meses	FPFI	Adequado	Adequado	Alterado	Continuidade Fonoterapia (linguagem)
35 meses	FTB	Adequado	Alterado	Alterado	Fonoterapia
36 meses	FPFC	Adequado	Alterado	Alterado	Fonoterapia
36 meses	FTU	Adequado	Adequado	Adequado	Alta Fonoaudiológica
36 meses	FPFI	Adequado	Alterado	Alterado	Fonoterapia

Legenda: FTU=Fissura transforame unilateral; FTB=Fissura Transforame Bilateral; FPFC=Fissura pós-forame completa; FPFI=fissura pós-forame incompleta; n=número; HRAC=Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

Conforme observado nos relatos acima, dois cuidadores indicaram perceber fala “fanhosa” e a presença de “soquinhos na garganta”, particularmente na faixa etária de 31-36 meses, enquanto uma mãe apresentou dificuldades na identificação da presença das articulações compensatórias. Tais dados apontam que ao final do terceiro ano alguns cuidadores percebem aspectos alterados na fala que são característicos da FLP, desde que a criança produza fala.

A comparação entre os resultados obtidos com o RAFF e a conduta das fonoaudiólogas do HRAC que avaliaram as crianças nos grupos G4, G5 e G6 (n=9), sugeriu que a ferramenta RAFF corroborou tanto o encaminhamento para fonoterapia, quanto o encaminhamento para acompanhamento do desenvolvimento do bebê.

Algumas dificuldades foram encontradas pela pesquisadora durante a aplicação da última versão da ferramenta RAFF no presente trabalho (Apêndice E). Durante a aplicação do RAFF a pesquisadora, por ser fonoaudióloga, deu modelos visuais e auditivos da pronuncia de sons para favorecer uma melhor compreensão dos pais quanto aos questionamentos sobre a produção da fala. Estes aspectos, portanto, necessitam de revisão, uma vez que a proposta era de que a ferramenta RAFF fosse futuramente aplicada nos programas de atenção básica à saúde, por profissionais, não necessariamente fonoaudiólogos, e sem conhecimento prévio sobre aquisição dos sons da fala. A apresentação dos comportamentos de produção de fala (“o que a criança fala”) requer uma atenção especial nesta ferramenta, uma vez que os resultados do acoplamento oronasal se manifestam exatamente nestes comportamentos, seja pela ausência dos sons obstruentes nas épocas esperadas ou pela percepção de hipernasalidade (“fala fanhosa”) e AC (“soquinhos na garganta”). O objetivo da ferramenta é favorecer a identificação dos comportamentos de fala relacionados à FLP, permitindo distinguir os bebês com FLP que necessitam de intervenção fonoaudiológica, daqueles bebês com FLP que não necessitam de intervenção, otimizando-se assim o encaminhamento precoce para fonoterapia. Neste sentido propõe-se um aprimoramento da ferramenta antes de sua validação, por meio de um estudo em que sua aplicação seja realizada por um profissional da saúde que não seja fonoaudiólogo.

Percebeu-se a falta de um manual de instruções para aplicação da ferramenta RAFF. Tal manual poderia conter indicações, por exemplo, para o examinador iniciar a avaliação na faixa etária da criança e adiantar ou voltar pelo menos uma outra faixa etária a fim de confirmar os achados. A tarefa de identificar os sons produzidos (ou mais especificamente aqueles que são esperados, mas não são produzidos) requer instruções em linguagem leiga específicas para a pessoa que aplicará o instrumento. Como o examinador iniciará na idade atual da criança, cada faixa etária deverá trazer também os sons que já deveriam ser produzidos nas

faixas etárias anteriores, o que não foi implementado na versão final testada neste estudo.

Sugere-se também inserir um espaço específico para inclusão das datas das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia primárias de forma que possa ser documentada adequadamente a cronologia destes procedimentos tão importantes para prevenção de alterações de fala. Finalmente, notou-se a importância de um registro cumulativo dos sons produzidos ao longo das faixas etárias (ao mencionar os sons que o bebê deveria estar produzindo na faixa etária atual, a ferramenta deverá incluir também os sons produzidos nas faixas etárias anteriores).

Finalmente, antes da validação da ferramenta com profissionais não fonoaudiólogos (leigos no assunto sobre FLP) sugere-se a aplicação da mesma por fonoaudiólogos especialistas em FLP não envolvidos nesta pesquisa e também por fonoaudiólogos não especialistas nesta área de atuação. Estes profissionais poderão contribuir ainda mais para aprimorar a ferramenta, antes da mesma ser testada de forma mais ampla em serviços de atenção básica em saúde.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo elaborar e avaliar o instrumento de RAFF em crianças com FLP. Com a ferramenta buscou-se identificar e fazer a interface entre fatores clínicos relacionados à FLP (que podem atuar como agravantes do caso) e aspectos de produção e percepção de fala nos três primeiros anos de vida do bebê com FLP. Trata-se de uma ferramenta para detecção do risco de alteração de fala que visa a identificação, por profissionais que não são fonoaudiólogos, de crianças com FLP que necessitam de encaminhamento precoce para gerenciamento fonoaudiológico, particularmente para fonoterapia.

Embora a ideia central estivesse baseada na falta de ferramenta que analisasse o desenvolvimento de fala na FLP, bem como a necessidade da obtenção de informações que favorecessem o encaminhamento precoce nos casos em que a intervenção fosse necessária, observou-se que esta é uma temática pouco explorada (SILVA et al., 2008; ALONSO et al., 2009; MENEGUETI et al., 2017). Após o aprimoramento e validação da ferramenta de rastreio (etapas ainda a serem desenvolvidas em estudos futuros) acredita-se que ela poderá ser aplicada em postos de saúde a todos os pacientes com FLP.

A ferramenta contempla fatores clínicos que podem atuar como agravantes ao processo de desenvolvimento do bebê, incluindo comorbidades associadas à FLP, que favorecem o risco de alterações no processo de desenvolvimento da fala. Buscou-se ainda com este material facilitar o entendimento de cuidadores e demais profissionais da saúde sobre o desenvolvimento de fala esperado em bebês, durante o processo de gerenciamento da FLP. Considerando-se ainda que a escuta do paciente e seu cuidador é importante para fortalecer o atendimento humanizado, centrado na pessoa e na família, essa ferramenta busca também proporcionar essa aproximação, trazendo aspectos do desenvolvimento normal da fala para uma linguagem simples.

De acordo com alguns autores, a apreciação de um instrumento por parte de examinadores experientes e competentes na área que se pretende testar é essencial para a avaliação de seu conteúdo (FUJINAGA et al., 2008; SIQUEIRA, 2008; HERMIDA; ARAUJO, 2006). A avaliação do conteúdo de uma determinada ferramenta, mais especificamente, refere-se ao julgamento de diferentes

examinadores a respeito da clareza em que são apresentados os aspectos abordados no instrumento. No presente estudo os avaliadores analisaram os itens em relação a clareza do conteúdo, o que permitiu calcular o IVC. O procedimento foi semelhante ao realizado por outros estudos (RAYMUNDO, 2009; WYND et al., 2003; HERMIDA, 2006). De uma forma geral, as respostas dos avaliadores resultaram em um IVC com 87% das respostas indicando que o conteúdo incluído foi “muito claro” e que 13% foi “claro”. Tais dados concordam com estudos prévios que também encontraram IVC com mais de 80% das respostas de especialistas sugerindo conteúdo adequado (SIQUEIRA, 2008; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; WYND; CHMIDT; SCHEFER, 2003; HERMIDA, 2006). Não houve respostas indicativas de que o conteúdo não foi claro, nem pouco claro. Nos casos em que a avaliação indicou conteúdo “claro” (e não muito claro), os avaliadores fizeram sugestões que levaram a modificações da ferramenta.

A ferramenta foi aplicada pela pesquisadora em um grupo de 18 cuidadores de bebês com FLP. Algumas dificuldades foram encontradas para sua aplicação, o que resultou em sugestões para modificações futuras: registro cumulativo dos sons produzidos ao longo das faixas etárias; elaboração de manual com instruções para o examinador não fonoaudiólogo; inclusão de um espaço específico para anotar as datas das cirurgias primárias de queiloplastia e palatoplastia. Finalmente, as instruções dadas ao examinador que irá aplicar o instrumento deverão deixar clara a importância de o entrevistador identificar a faixa etária em que o bebê não apresenta comportamentos de percepção e produção de fala alterados. Ou seja, pode ser necessário voltar à faixas etárias anteriores à idade atual da criança (no caso de desenvolvimento aquém do esperado) ou mesmo adiantar a faixa etária (no caso de desenvolvimento além do esperado). Desta forma será possível identificar adequadamente o comportamento apresentado pelo bebê.

A aceitação positiva dos especialistas que participaram da validação do conteúdo corroborou a literatura que indicou a necessidade de um material sobre o tema abordado neste estudo. A literatura sugere que alterações de fala compensatórias, como o uso de ponto articulatório atípico (golpe de glote e fricativa faríngea) podem ser prevenidas (MARINO et al., 2012; PINTO, 2016), reduzindo-se assim a sobrecarga do tratamento (*burden of care*) para o paciente e para o sistema de saúde.

Estudos prévios com crianças maiores, realizados com a população atendida no HRAC (SUGUIMOTO, 2002; WILLIAMS et al., 2011), sugeriram que entre 24% e 31% dos bebês que receberam palatoplastia primária na instituição desenvolveram produções articulatórias atípicas como a oclusiva glotal e fricativa faríngea, por exemplo. Considerando-se que a identificação precoce de bebês com FLP em risco para alterações de fala é essencial para prevenção do uso de padrões articulatórios atípicos de produção de fala, postula-se que a ferramenta RAFF, uma vez ajustada e validada, poderá favorecer a intervenção preventiva por meio do rastreo de bebês em risco para alterações de fala decorrentes da FLP.

A carência de estudos sobre desenvolvimento da fala no bebê com FLP ficou evidente quando se comparou a literatura brasileira aos trabalhos desenvolvidos na literatura norte-americana, por exemplo. Estudos como o presente, portanto, podem contribuir para uma melhor caracterização do padrão de produção de fala apresentado por bebês com FLP falantes do português brasileiro. O rastreo dos bebês em risco para apresentarem alterações de fala, por sua vez, permitirá a identificação e avaliação precoce dessa população, o que otimizará o processo de reabilitação e favorecerá os estudos nesta área. Neste sentido, os objetivos formulados para esta pesquisa foram alcançados e a ferramenta RAFF foi desenvolvida. Uma vez aprimorada e validada em futuros estudos, ela permitirá o rastreo do risco para alterações de fala.

A elaboração de estudos que promovam a avaliação de rastreamento de distúrbios da comunicação humana certamente colabora com o avanço da Fonoaudiologia enquanto ciência. Neste sentido, caso a ferramenta proposta venha a ser aplicada nos serviços básicos de saúde, sugere-se também o potencial do RAFF para contribuir com o aumento dos conhecimentos dos demais profissionais da saúde e dos cuidadores sobre o desenvolvimento da fala e a atuação fonoaudiológica nos casos de alterações de fala em bebê com FLP. Nesse sentido, uma vez validada, a ferramenta RAFF também poderá contribuir para a valorização da profissão, ampliação do mercado de trabalho e otimização da promoção da saúde.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

A ferramenta RAFF em bebês com FLP foi desenvolvida e avaliada neste trabalho. Futuros estudos ainda deverão ser realizados a fim de aprimorar e validar a ferramenta RAFF.

Avaliadores especialistas em FLP validaram o conteúdo da ferramenta e indicaram, em grande maioria, que as informações abordadas na ferramenta RAFF são muito claras.

A avaliação preliminar da eficácia da ferramenta sugeriu potencial do RAFF para corroborar a conduta fonoaudiológica a fim de distinguir entre os bebês com FLP que necessitam de encaminhamento para fonoterapia e aqueles que necessitam apenas de acompanhamento de seu desenvolvimento.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALONSO, N. et al. Cleft lip and palate: protocol of multidisciplinary team treatment and longitudinal. **Rev Bras Cir Plást**, v. 24, n. 2, p. 176-181, 2009.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc Saúde Colet**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALTMANN, E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. São Paulo: Pró-fono, 1997.
- ALVES, T. C. N. V. **Análise da produção da fala nas correções cirúrgicas da deformidade dentofacial**. 2008. 114 f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2008.
- AMARAL, M. I. R.; MARTINS, J. E.; SANTOS, M. F. C. Estudo da audição em crianças com fissura labiopalatina não-sindrômica. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 76, n. 2, p.164-171, 2010.
- AMARAL, M. I. R. do; EDUARDO, J. Estudo da audição em crianças com fissura labiopalatina não-sindrômica. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 76, n. 2, p. 164-71, 2010.
- ANTUNES, D. K. Intervenção fonoaudiológica nas fissuras labiopalatinas: diagnóstico e tratamento. **Pró-Fono R Atual Cient**, v. 20, p. 14-16, 2008. Supplement 1.
- ANTUNES, M. S. C.; PATROCÍNIO, C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2007.
- AS FISURADAS. Como estimular a fala do bebê com fissura labiopalatina. 2016. Disponível em: <<https://asfissuradas.com/2016/07/01/como-estimular-a-fala-do-bebe-com-fenda-palatina/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- ASHA – American Speech-LanguageHearing Association. Clef Lip and Palate. Disponível em: <<http://www.asha.org/public/speech/disorders/CleftLip/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- BACHEGA, M. I.; THOMÉ, S. **Manual de instrução alimentar para criança portadora de fissura lábio-palatal: 01 dia a 01 ano**. Bauru (SP): Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1984.
- BAKEN, R. J.; ORLIKOFF, R. F. **Clinical measurement of speech and voice**. London: Singular Pub. Group, 1996.

- BARBOSA, D. A.; PANNUZIO, L. Livro da rede as fissuradas: guia de informações sobre fissura labiopalatina. In: YAMASHITA, R.; FUKUSHIRO, A. P. **A Fala na Fissura Labiopalatina**: toda pessoa com fissura terá a 'voz fanhosa'? 1st ed. São Paulo: Book Toy, 2017. cap. 10. p. 125-175.
- BARZILAI, J. et al. **Feeding an infant with a cleft**. 2nd ed. Pittsburgh: Cleft Palate Foundation, 1992.
- BERRETIN-FÉLIX, G.; ALVES, T. C. N. V.; GENARO, K. F.; MERIGHI, L. B. M. Distúrbios da comunicação humana e as funções orofaciais. In: GENARO, K. F.; LAMÔNICA, D. A. C.; BEVILACQUA, M. C. **O processo de comunicação: contribuição para a formação de professores na inclusão de indivíduos com necessidades educacionais especiais**. São José dos Campos: Pulso, 2006. p. 65-80.
- BERTIER, C. E.; TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. Cirurgias primárias de Lábio e Palato. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. **Fissuras labiopalatinas**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos, 2007. p. 73-85.
- BLUESTONE, C. **Otitis media in infants and children**. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995.
- BRINE, E. A. et al. Effectiveness of two feeding methods in improving energy intake and growth of infants with cleft palate: a randomized study. **J Am Diet Assoc**, v. 94, n. 7, p. 732-738, 1994.
- BROEN, P. A.; WESTMAN, M. J. Project parent: a preschool speech program implemented by parents. **J Speech Hear Disord**, v. 55, n. 3, p. 495-502, 1990.
- BROEN, P. A.; MOLLER, K. T. Early phonological development and child with cleft palate. In: MOLLER, K. T.; CLARK, D. **Cleft palate**: interdisciplinary issues and treatment. Austin, TX: Pro-ed, 1993. p. 219-249.
- BROEN P. A. et al. Acquisition of linguistic and cognitive skills by children with cleft. **J Speech Lang Hear Res**, v. 41, n. 3, p. 676-687, 1998.
- BRUNNEGAARD, K.; LOHMANDER, A. A cross-sectional study of speech in 10 years old children with cleft palate: results and issues of rater reliability. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 44, n. 1, p. 33-44, 2007.
- BRYANT, D.; MAXWELL, K. The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In: GURALNICK, M. J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997. p. 23-46.
- BZOCH, K. R. Introduction to the study of communication disorders in cleft palate and related craniofacial anomalies. In: _____. **Communicative disorders related to cleft lip and palate**. 5th ed. Austin, TX: Pro-Ed, 2004. p. 669-682.

CAVALHEIRO, M. G. **Habilidades do desenvolvimento infantil e linguagem de crianças com fissura labiopalatina**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

CANADY, J. W. et al. Complication outcomes based on preoperative admission and length of stay for primary palatoplasty and cleft lip/palate revision in children aged 1 to 6 years. **Ann Plast Surg**, v. 33, n. 6, p. 576-580, 1994.

CAPOVILLA, F. C.; CAPOVILLA, A. G. S. Desenvolvimento linguístico da criança dos dois aos seis anos: tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn, e da Language Development Survey de Rescorla. **Ciência Cognitiva: Teoria, Pesquisa e Aplicação**, v. 1, n. 1, p. 353-380, 1997.

CARVALHO, A. P. B.; TAVANO, L. D'. A. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. **Pediatr Mod**, v. 36, n. 12, p. 843-847, 2000.

COPLAN, J. et al. Validation of an early language milestone scale in a high-risk population. **Pediatrics**, v. 70, n. 5, p. 677-683, 1982.

CHAPMAN, K. L. et al. Vocal development of 9-month old babies with cleft palate. **J Speech Lang Hear Res**, v. 44, n. 6, p. 1268-1283, 2001.

CHAPMAN, K. L. Vocalizations of toddlers with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 28, p. 172-178, 1991.

CHAPMAN, K. L. The relationship between early reading skills and speech and language performance in young children with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 48, n. 3, p. 301-311, 2011.

CHAPMAN, K. L.; ARDIN-JONES, M.; HALTER, K. A. The relationship between early speech and later speech and language performance for children with cleft lip and palate. **Clin Lingist Phon**, v. 17, p. 173-197, 2003.

CHAPMAN, K. Phonologic processes in children with cleft palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 30, n. 1, p. 64-72, 1993.

CHILDREN'S HOSPITALS AND CLINICS OF MINNESOTA. Patient/Family Education. Speech Development Related to Cleft Palate. Minneapolis, MN, 2015. Disponível em: <<https://www.childrensmn.org/Manuals/PFS/ChildDev/193473.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CLEFT PALATE FOUNDATION. Speech Development. Chapel Hill, NC. Disponível em: <cleftline.org/docs/PDF_Factsheets/Speech.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CORRÊA, APC. **Desenvolvimento da fala no bebê com fissura labiopalatina: mídia para estudantes de fonoaudiologia**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

DI NINNO, C. Q. M. S.; JESUS, M. S. V. Terapia Fonoaudiológica para alterações de fala decorrentes de fissura labiopalatina. In: _____. **Fissura labiopalatina: fundamentos para a pratica Fonoaudiologica**. São Paulo: Roca, 2009. p. 76-98.

EISERMAN, W.; WEBER, C.; MCCOUN, M. Two alternative program models for serving speech-disordered preschoolers: a second year follow-up. **J Comm Disord**, v. 25, n. 2-3, p. 77–106, 1992.

FENIMAN, M. R. et al. Reconhecimento verbal de lactantes com fissura labiopalatina com e sem história de indicadores de risco para audição. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 74, n. 4, p. 601-605, 2008.

FENSON, L. et al. **MacArthur Communicative Development Inventories: user's guide technical manual**. San Diego, California: Singular Publishing Group, 1993.

FERREIRA, D. B. P. **Material multimídia sobre fonoterapia para bebês com fissura labiopalatina**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2014.

FUNCRAF – Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais. Fissura labiopalatina. Bauru, 2012. Acesso em: <www.fissuralabioepalato.funcraf.org.br>. Disponível em: 10 nov. 2016.

FRANKENBURG, W. K. et al. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver developmental screening test. **Pediatrics**, v. 89, p. 91-97, 1992.

FREDERICKSON, M. S.; CHAPMAN, K. L.; HARDIN-JONES, M. Conversational skills of children with cleft lip and palate: a replication and extension. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 43, n. 2, p. 179-188, 2006.

FUJINAGA, C. I. et al. Validação do conteúdo de um instrumento para a avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 8, n. 4, p. 391-399, 2008.

GANI, B.; KINSHUCK, A. J.; SHARMA, R. A review of hearing loss in cleft palate patients. **Int J Otolaryngol**, v. 2012, s/n, p.1-6, 2012.

GARCIA, R. C. M. **Aspectos psicossociais e familiares de indivíduos com e sem distúrbios da comunicação decorrentes da fissura labiopalatina**. 2006. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2006.

GENARO, K. F.; FUKUSHIRO, A. P.; SUGUIMOTO, M. L. F. C. P. Avaliação e tratamento dos distúrbios da fala. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. **Fissuras labiopalatina: uma abordagem interdisciplinar**. Barueri: Editora Santos, 2007. p. 109-122.

- GENARO, K. F.; YAMASHITA, R. P.; TRINDADE, I. E. K. Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatina. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGE, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. 1st ed. São Paulo: Roca, 2004. p. 456-493.
- GENARO, K. F.; YAMASHITA, R. P.; TRINDADE, I. E. K. Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatina. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2nd ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 488-503.
- GLASCOE, F. P. Derecting and addressing developmental and behavioural problems in primary care. **Pediatric Nursing**, v. 26, n. 3, p. 251-266, 2000.
- GOLDING-KUSHNER K. J. **Therapy techniques for cleft palate speech & related**. San Diego: Singular Thomson Learning, 2001.
- GOMES, P. R. M.; MÉLEGA, J. M. Tratamento cirúrgico. In: ALTMANN, E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. São Paulo: Pró-fono, 1997. p. 61-72.
- GONÇALVES, B. R. L. **Programa de acompanhamento a pais na intervenção fonoaudiológica em linguagem infantil**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2012.
- GRUNWELL, P.; RUSSELL, J. Phonological development in children with cleft lip and palate. **Clin Linguist Phonet**, v. 2, p. 75–95, 1988.
- GRUNWELL, P.; RUSSELL, J. Vocalisations before and after cleft palate surgery: a pilot study. **Br J Disord Commun**, v. 22, p. 1–17, 1987.
- GRUNWELL, P.; SELL, D. A. Fala e fenda palatina–anomalias velofaríngeas. In: GRUNWELL, P.; SELL, D. A.; WATSON, R. E. **Tratamento da fissura labial e fenda palatina**. São Paulo: Santos Editora, 2005. p. 68-86.
- HAGE, S. R. V. et al. Diagnóstico de crianças com alterações específicas de linguagem por meio de escalas do desenvolvimento. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 62, n. 3, p. 649-653, 2004.
- HAIRFIELD, W. M.; WARREN, D. W. Dimensions of the cleft nasal airway in adults: a comparison with subjects without cleft. **Cleft Palate J**, v. 26, n. 1, p. 9-13, 1989.
- HANAYAMA, E. M. Distúrbios de comunicação nos pacientes com sequela de fissura labiopalatina. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**, v. 12, n. 3, p. 118-124, 2009.
- HARDING, A.; GRUNWELL, P. Active versus passive cleft type speech characteristics. **Int J Language Communication Dis**, v. 33, p. 329-352, 1998.
- HARDIN-JONES, M. A., et al. The impact of early palatal obturation on consonant development in babies with unrepaired cleft palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 39, n. 2, p. 157-163, 2002.

-
- HARDIN-JONES, M.; CHAPMAN, K. L. Cognitive and language issues associated with cleft lip and palate. **Semin Speech Lang**, v. 32, n. 2, p. 127-140, 2011.
- HARDIN-JONES, M. A.; JONES, D. L. Speech production of preschoolers with cleft palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 42, n. 1, p. 7-13, 2005.
- HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 314-320, 2006.
- HOWARD, S.; LOHMANDER, A. **Cleft Palate Speech**: assessment and intervention. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
- HUBIG, D. O. C.; COSTA FILHO, O. A. Otite média: considerações em relação à população de creche. In: LICHTIG, I.; CARVALLO, R. M. M. **Audição**: abordagens atuais. Carapicuíba: Pró-fono, 1997. p. 89-117.
- HUEBENER, D. V.; MARSH, J. L. Management for cleft lip/palate: the first 18 months. Presented at the In: Annual meeting of the American Cleft Palate-Craniofacial Association, 1997, New Orleans, LA. **Anais...** New Orleans, LA: ACPA's, 1997.
- HUTTERS, B.; BRONDSTED, K. Preference between compensatory articulation and nasal emission of air in cleft palate speech – with special reference to the reinforcement theory. **Scand J Log Phon**, v. 18, p. 153-158, 1993.
- JESUS, M. S. V.; PENIDO, F. A.; VALENTE, P. Avaliações fonoaudiológicas clínica e instrumental em indivíduos com fissura labiopalatina. In: JESUS, M. S. V.; DI NINNO, C. Q. M. S. **Fissura labiopalatinas**: fundamentos para a prática fonoaudiológica. São Paulo: Roca, 2009. p. 57-75.
- JESUS, M. S. V.; REIS, C. Estudo perceptivo das vogais orais e nasais de indivíduos com fissura palatal. **J Bras Fonoaudiol**, v. 3, n. 11, p. 121-126, 2002.
- JESUS, M. S. V.; DI NINNO, C. Q. M. S. **Fissura labiopalatinas**: fundamentos para a prática fonoaudiológica. São Paulo: Roca, 2009.
- JOCELYN, L. J.; PENKO, M. A.; RODE, H. L. Cognition, communication, and hearing in young children with cleft lip and palate and in control children: a longitudinal study. **Pediatrics**, v. 97, n. 4, p. 529-534, 1996.
- KEMP-FINCHAM, S. I.; KUEHN, D. P.; TROST-CARDAMONE, J. E. Speech development and the timing of primary palatoplasty. In: BARDACH, J.; MORRIS, H. L. **Multidisciplinary management of cleft lip and palate**. Philadelphia: WB Saunders, 1990. p. 736–745.
- KNOBLOCK, H.; PASSAMANICK, B. **Gesell e Amatruda**: psicologia do desenvolvimento do lactante e da criança pequena: bases neuropsicológicas e comportamentais. São Paulo: Ateneu, 2000.

KUEHN, D. P.; MOLLER, F. T. Speech and language issues in the cleft palate population: the state of the art. **Cleft Palate-Craniofac J**, v. 37, p. 348-355, 2000.

KUMMER, A. W. Speech and resonance disorders related to cleft palate and velopharyngeal dysfunction: a guide to evaluation and treatment. **SIG 16 Perspectives on School-Based Issues**, v. 15, p. 57-74, 2014.

KUMMER, A. W. A Pediatrician's Guide to Communication Disorders Secondary to Cleft Lip/Palate. **Pediatr Clin North Am**, v. 65, n. 1, p. 31-46, 2018.

LISBOA, P. K.; ROCHA, V. P.; PINI, R. Assistência de enfermagem ao paciente com fissura labiopalatal. 2011. Disponível em:
<https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_9_1338903951.pdf>.
Acesso em: 05 jan. 2018.

LAMPRECHT, R. R. **Aquisição fonológica do português. Perfil de desenvolvimento e subsídios para terapia**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LIMA, M. R. F. et al. Atendimento fonoaudiológico intensivo em pacientes operados de fissura labiopalatina: relato de casos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 12, n. 3, p. 240-246, 2007.

LOHMANDER-AGERSKOV, A. et al. Cleft lip and palate patients prior to delayed closure of the hard palate: evaluation of maxillary morphology and the effect of early stimulation on pre-school speech. **Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg**, v. 24, n. 2, p. 141-148, 1990.

LOHMANDER-AGERSKOV, A. et al. Speech and velopharyngeal function in children with an open residual cleft in the hard palate, and the influence of temporary covering. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 33, n. 4, p. 324-332, 1996.

MARINO, V. C. C. Produções desviantes da fala de crianças pré-escolares com fissura de palato. In: SEMINÁRIO DO GEL, 57., 2009, Ribeirão Preto. **Anais eletrônicos...** Ribeirão Preto (SP): GEL, 2009. Disponível em:
<<http://www.gel.org.br/?resumo=5983-09>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

MARINO, V. C. C. et al. Articulação compensatória associada à fissura de palato ou disfunção velofaríngea: revisão de literatura. **Rev CEFAC**, v. 14, n. 3, p. 528-543, 2012.

MARTINS, P. B.; CARDOSO, M. C. A. F. Variações articulatórias nas fissuras labiopalatinas: enfoque fonoterapêutico. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 17-27, 2015.

MAZZOTTINIR, R.; FREITAS, J. A. S.; SILVA FILHO, O. G. A. Cirurgia ortognática no protocolo do tratamento das fissuras lábio-palatais. In: ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática**. São Paulo: Santos, 1999. p. 309-37.

MARCELINO, F. C.; MAXIMINO L. P. Estimulação da linguagem em crianças com fissura labiopalatina. In: LAMÔNICA, D. C. **Estimulação da linguagem (aspectos**

teóricos e práticos). 1st ed. São José dos Campos: Pulso Editora, 2008. p. 215-230.

MENDES, M. R. **Prevenção de alterações de fala**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Residência Multiprofissional) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2014.

MENEGUETI, K. I. et al. Perfil da fala de pacientes submetidos à palatoplastia primária. **CoDAS**, v. 29, n. 5, p. e20160146, 2017.

MODOLO, D. J. **Desempenho motor oral na fissura labiopalatina**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru. 2012.

MONDELLI, M. F. C. G.; VENTURA, L. M. P.; FENIMAN, M. R. F. Occurrence of unilateral hearing loss in patients with cleft lip and palate. **Rev CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1441-1446, 2013.

MOLLER, K. T. Early speech development: the interaction of learning and structure. In: BARDACH, J.; MORRIS, H. L. **Multidisciplinary management of cleft lip and palate**. Philadelphia: WB Saunders, 1990. p. 726-731.

MOLLER, K. T.; BROEN, P. A.; KITTELSON, C. Early phonological development of children with cleft palate. In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN CLEFT PALATE ASSOCIATION, 41., 1984, Seattle. **Anais...** Seattle, Washington: American Cleft Palate Association, 1984.

MONASH CHILDREN HOSPITAL. Cleft lip and cleft palate. Clayton, 2014. Disponível em: <<http://www.monashchildrenshospital.org/wp-content/uploads/2017/03/fact-sheets-your-baby-has-a-cleft-lip-or-cleft-palate.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MOURÃO, D. et al. Estudo sobre desenvolvimento fonológico em fissurados: implicações na fala e linguagem. **Estudos**, v. 33, n. 3, p. 425-441, 2006.

MORAES, L. E. **Prevenção dos distúrbios da comunicação na fissura labiopalatina: informações para pais e cuidadores**. 2008. Iniciação Científica (Graduação em Fonoaudiologia) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2008.

MORLEY, M. E. **Cleft palate and speech**. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1970.

MORRIS, H.; OZANNE, A. Phonetic, phonological, and language skills of children with a cleft palate. **Cleft Palate Craniof J**, v. 40, n. 5, p. 460-470, 2003.

NAGARAJAN, R.; MURTHY, J.; RAMAN, S. V. Providing speech and language services for individuals with cleft lip and palate in India - The Challenge. **Cleft Journal**, v. 1, p. 50-58, 2005.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; ROCHA, R. G. F. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas labiopalatinas na população escolar de Bauru. **Rev Fac Odonto**, v. 7, p. 111-128, 1968.

NAKAJIMA, T.; MITSUDOME, A.; YOSIKAWA, A. Postoperative speech development based on cleft types in children with cleft palate. **Pediatrics International**, v. 43, n. 6, p. 666-672, 2001.

NAPOLI, J. A. Alveolar cleft repair. In: ZAJAC, D. J.; VALLINO, L. D. Evaluation and management of Cleft Lip and Palate: a developmental perspective. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc, 2017. p. 338-354.

NEIMAN, G. S.; SAVAGE, H. E. Development of infants and toddlers with clefts from birth to three years of age. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 34, n. 3, p. 218-225, 1997.

ORSON, D. A. **A descriptive study of the speech development of a group of infants with unoperated cleft palate**. 1965. Tese (Doutorado) - Northwestern University, Evanston, IL, 1965.

OLIVEIRA, D. F. B.; CAPELOZZA, A. L. A.; CARVALHO, I. M. M. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v. 50, n. 1, p. 83-86, 1996.

O'GARA, M. M.; LOGEMANN, J. A. Phonetic analysis of the speech development of babies with cleft palate. **Cleft Palate J**, v. 25, n. 1, p. 122-134, 1988.

O'GARA, M. M.; LOGEMANN, J. A. Early speech development in cleft palate babies. In: BARDACH, J.; MORRIS, H. L. **Multidisciplinary management of cleft lip and palate**. Philadelphia: WB Saunders, 1990. p. 717-721.

O'GARA, M. M.; LOGEMANN, J. A.; RADEMAKER, A. W. Phonetic features by babies with unilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 31, n. 6, p. 446-451, 1994.

OPERAÇÃO SORRISO BRASIL. Perguntas frequentes. Disponível em: <http://operacaosorrisobrasil.org.br>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PAMPLONA, M. C. et al. Linguistic development in cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 54, n. 2-3, p. 81-91, 2000.

PAMPLONA, M. C.; YSUNZA, A.; URIO-STEGUI, C. Linguistic interaction: The active role of parents in speech therapy for cleft palate patients. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 37, n. 1, p. 17-27, 1996.

PALANDI, B. B.; GUEDES, Z. C. F. Aspects of speech of subjects with cleft palate corrected in different ages. **Rev CEFAC**, v. 13, n. 1, p. 8-16, 2011.

PARADISE, J. L.; MCWILLIAMS, B. J. Simplified feeder for infants with cleft palate. **Pediatrics**, v. 53, p. 566-568, 1974.

PAZINATO, L. V. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de fissura labiopalatal na visão dos cuidadores. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**, v. 4, n. 4, p. 194-197, 2011.

PEGORARO-KROOK, M. I. et al. Intervenção fonoaudiológica na fissura labiopalatina. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. 1st ed. São Paulo: Rocca; 2004. p. 439-455.

PEGORARO-KROOK, M. I. et al. Intervenção fonoaudiológica na fissura labiopalatina. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2nd ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 439-455.

PEGORARO-KROOK, M. I. **Efeito da descongestão nasal e do ato de assoar o nariz nas medidas de nasalância**. 2004. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2004.

PETERSON-FALZONE, S. J. et al. **Perceptual assessment and diagnosis of the cleft palate speech errors**: The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech. St. Louis: Mosby Pub, 2006.

PETERSON-FALZONE, S. J.; HARDIN-JONES, M. A.; KARNELL, M. P. Diagnosing and managing communication disorders in cleft palate. In: _____. **Cleft palate speech**. 4th ed. St. Louis: Mosby, 2010. p. 221-247.

PETERSON-FALZONE, S. J.; HARDIN-JONES, M. A.; KARNELL, M. P. Communication disorders associated with cleft palate. In: _____. **Cleft palate speech**. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 2001. p. 162-198.

PETERSON-FALZONE, S. J. Speech outcomes in adolescents with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 32, p. 125–128, 1995.

PHILIPS, B. J.; KENT, R. D. Acoustic-phonetic descriptions of speech production in speakers with cleft palate and other velopharyngeal disorders. In: LASS, N. J. **Speech and language**: advances in basic research and practice. Orlando: Academic Press. 1984. p. 113-168.

PHILIPS, B. J. Early speech management. In: BARDACH, J.; MORRIS, H. L. **Multi-disciplinary management of cleft lip and palate**. Philadelphia: WB Saunders, 1990. p. 750-757.

PINTO, M. D. B. **Resultados da fonoterapia intensiva para correção da oclusiva glotal e fricativa faríngea na fissura labiopalatina**. 2016. Tese (Doutorado em Fissuras Orofaciais) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 29, p. 489-497, 2006.

PORTAL DOS BEBÊS. A fala do bebê com fissura labiopalatina. Bauru. Disponível em:

<http://portaldosbebes.fob.usp.br/portaldosbebes/Portugues/detSubCategorialInstitucional.php?codsubcategoria_fono=10051&codcategoria_site=1>. Acesso em: 10 nov. 2016.

PRIESTER, G. H.; GOORHUIS-BROUWER, S. M. Speech and language development in toddlers with and without cleft palate. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 72, n. 6, p. 801-806, 2008.

PRUDENCIATTI, S.; HAGE, S. R. de V.; TABAQUIM, M. de L. M. Desempenho cognitivo-linguístico de crianças com fissura labiopalatina em fase de aquisição da leitura e escrita. **Rev CEFAC**, v. 19, n. 1, p. 20-26, 2017.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

REID, J.; KILPATRICK, N.; REILLY, S. A prospective, longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 43, n. 6, p. 702-709, 2006.

REDFORD-BADWAL, D. A.; MARBRY, K.; FRASSINELLI, J. D. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. **Dent Clin North Am**, v. 47, n. 2, p. 305-317, 2003.

RESCORLA, L. The language development survey: a screening tool for delayed language in toddlers. **J Speech Hear Disord**, v. 54, n. 4, p. 587-599, 1989.

REYNELL, J. K. **Escala Reynell para evaluar el desarrollo del lenguaje**. Madri: MEPSA, 1985.

RICHMAN, L. C.; MILLARD, T. Cleft lip and palate: longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. **J Pediatr Psychol**, v. 22, n. 4, p. 487-494, 1997.

ROBERTS, M.; KAISER, A. The effectiveness of parent-implemented language intervention: a meta-analysis. **Am J Speech Lang Pathol**, v. 20, n. 3, p. 180-199, 2011.

ROCHA, C. M. **Resultados da intervenção interdisciplinar precoce em crianças com fissura labiopalatal atendidas no centro de tratamento de fissuras**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2008.

RUSCELLO, D. M. Treatment of children with structural-based disorders. In: _____. **Treating articulation and phonological disorders in children**. Morgantown: Mosby, 2008. p. 158-161.

- SCHÖNWEILER, B.; SCHÖNWEILER, R.; SCHMELZEISEN, R. Language development in children with cleft palate. **Folia Phoniatr Logop**, v. 48, n. 2, p. 92-97, 1996.
- SAES, S. O.; GOLDBERG, T. B.; MONTOVANI, J. C. Secreção na orelha média em lactentes – ocorrência, recorrência e aspectos relacionados. **J Pediatr (Rio J)**, v. 81, n. 2, p. 133-138, 2005.
- SAKAMOTO, C. T.; WIEDEMER, M. L. Análise de fala de indivíduos com fissura lábiopalatal operada: um estudo de caso. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem – ReVEL**, v. esp, n. 1, 2007.
- SILVA, C. M. da; SANTOS, C. A. dos; REZENDE, N. A. de. Orofacial myofunctional evaluation in individuals with neurofibromatosis type 1. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 1, p. 100-110, 2015.
- SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, J. A. S. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem Interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. p. 17-49.
- SILVA, D. P. et al. Aspectos patofisiológicos do esfíncter velofaríngeo nas fissuras palatinas. **Arq Int Arch Otorhinolaryngol**, v. 12, n. 3, p. 426-435, 2008.
- SILVA, F. da; RODRIGUES, O. M. P. R.; LAURIS, J. R. P. Behavioral problems in preschool children with orofacial clefts. **Temas Psicol**, v. 25, n. 3, p. 1107-1122, 2017.
- SILVEIRA, J. L. G. C.; WEISE, C. M. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 8, n. 2, p. 215-221, 2008.
- SCHERER, N. J. The speech and language status of toddlers with cleft lip and/or palate following Early Vocabulary Intervention. **Am J Speech Lang Pathol**, v. 8, p. 81-93, 1999.
- SCHERER, N. J.; D'ANTONIO, L. L.; MCGAHEY, H. Early intervention for speech impairment in children with cleft palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 45, n. 1, p. 18-31, 2008.
- SCHERER, N. J.; WILLIAMS, A. L.; PROCTOR-WILLIAMS, K. Early and later vocalization skills in children with and without cleft palate. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 72, n. 6, p. 827-840, 2008.
- SCHERER, N. J.; BOYCE, S.; MARTIN, G. Pre-linguistic children with cleft palate: Growth of gesture, vocalization, and word use. **Int J Speech Lang Pathol**, v. 15, n. 6, p. 586-592, 2013.
- SEATTLE CHILDREN'S HOSPITAL. Early sound development in children with a cleft palate. Seattle, 2017. Disponível em: <www.seattlechildrens.org>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SPINA, V.; PSILLAKIS, J. M.; LAPA, F. S. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. **Rev Hosp Clín Fac Med**, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicol Estud**, v. 13, n. 2, p. 381-388, 2008.

SORRISO FONOAUDIOLOGIA. Tratamento da fala da criança com fissura labiopalatina. 2015. Acesso em: <<http://sorrisofonoaudiologia.blogspot.com.br/2015/01/tratamentoda-fala-da-crianca-com.html>>. Disponível em: 10 nov. 2016.

SPRIESTERSBACH, D. C.; MORRIS, H. L. Speech problems of patients with cleft lip and palate. In: CONVERSE, J. M. **Reconstructive plastic surgery**. Cleft lip and palate craniofacial deformities. 4th ed. Philadelphia: W B Saunders, 1977. p. 2246-2267.

TELES, L. C. S.; PEGORARO-KROOK, M. I. Introdução à comunicação humana. In: GENARO, K. F.; LAMÔNICA, D. C.; BEVILACQUA, M. C. **O processo de comunicação**: contribuições para a formação de professores na inclusão de indivíduos com necessidades especiais. 1st ed. São José dos Campos: Pulso Editora, 2006. p. 15-22.

THE ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE. Kids health info. Cleft lip and palate - an overview. Victoria, Austrália, 2005. Disponível em: <https://www.rch.org.au/kidsinfo/fact_sheets/Cleft_Lip_and_Palate_an_overview/>. Acesso em: 10 nov. 2016.

TOMES, L. A.; KUEHN, D. P.; PETERSON-FALZONE, S. J. Research considerations for behavioral treatments of velopharyngeal impairment. In: BZOCH, K. R. **Communicative disorders related to cleft lip and palate**. Austin, TX: Pro-Ed, 2004. p. 797-846.

TOLAROVÁ, M. M.; CERVENKA, J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. **Am J Med Genet**, v. 75, p. 126-137, 1998.

TONOCCHI, R. et al. Outra abordagem para dados de fala de um indivíduo com fissura palatina. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**, v. 13, n. 1, p. 31-35, 2010.

TRINDADE, I. E. K., et al. Proposta de classificação da função velofaríngea na avaliação perceptivo-auditiva da fala. **Pró-Fono R Atual Cient**, v. 17, n. 2, p. 259-262, 2005.

TROST-CARDAMONE, J. E. Diagnosis of specific cleft palate speech error patterns for planning therapy or physical management needs. In: BZOCH, K. R. **Communicative disorders related to cleft lip and palate**. 4th ed. Austin: Pro-Ed, 1997. p. 313-330.

- TROST, J. E. Diagnosis of specific cleft palate speech error patterns for planning therapy or physical management needs. In: BZOCH, K. R. **Communicative disorders related to cleft lip and palate**. 5th ed. Austin: Pro-Ed, 2004. p. 463-491.
- VAN DEMARK, D. et al. Identification of children with and without cleft palate from tape-recorded samples of early vocalizations and speech. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 30, p 557-563, 1993.
- VAN DEMARK, D. R.; MORRIS, H. L.; VANDEHAAR, C. Patterns of articulation abilities in speakers with cleft palate. **Cleft Palate J**, v. 16, p. 230-239, 1979.
- WACHTEL, J. et al. Children awaiting invasive medical procedures: do children and their mothers agree on child's level of anxiety? **J Pediatr Psychol**, v. 19, n. 6, p. 723-735, 1994.
- WARREN, D. W. Compensatory speech behaviors in cleft palate a regulation; a control phenomenon. **Cleft Palate J**, v. 23, n. 4, p. 251-80, 1986.
- WATSON, A. C. H.; SELL, D. A.; GRUNWELL, P. **Tratamento de fissura labial e fenda palatina**. São Paulo: Santos, 2005.
- WHO - World Health Organization. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies. **Report of WHO meetings on International Collaborative Research on Craniofacial Anomalies**. WHO: Geneva, 2002.
- WIDE SMILES. Cleft Links. Early Speech Stimulation in the Cleft Lip/Palate Child. Farmington, CT, 1996. Disponível em: <<http://www.widesmiles2.org/cleftlinks/speech.html>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- WIEDEMER, M. L.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, C. Fonemas plosivos e fricativos na fala de portadores de fissura lábio-palatina. **Revista Eletrônica do Instituto de Humanidades**, v. 7, n. 25, p. 123-139, 2008.
- WILHAMS, L. C. A.; AIELO, A. L. R. **O inventário Portage Operacionalizado: intervenção com famílias**. São Paulo: Memmon, 2001.
- WILLIAMS, W. N. et al. Prospective clinical trial comparing outcome measures between furlow and von langenbeck palatoplasties for UCLP. **Ann Plast Surg**, v. 66, p. 154-163, 2011.
- WILLGING, J. P.; KUMMER, A. W. Facial and oral anomalies: effects on speech and resonance. In: KUMMER, A. W. **Cleft palate & craniofacial anomalies**. San Diego: Singular, 2001. p. 177-197.
- WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.
- YOUNG, S. E.; PURCELL, A. A.; BALLARD, K. J. Expressive language skills in Chinese Singaporean preschoolers with nonsyndromic cleft lip and/or palate. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 74, n. 5, p. 465-464, 2010.

ZORZI, L. J.; HAGE, S. R. V. Habilidades comunicativas e linguísticas. A origem das habilidades conversacionais e da comunicação intencional. In:_____. **PROC Protocolo de Observação Comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis**. São José dos Campos: Pulso, 2004. p. 15-33.

Apêndices

APÊNDICE A – Lista de Fatores Clínicos

0-6 meses	1	Seu filho apresenta dificuldades alimentares (dificuldade para sugar, pausas respiratórias, cansaço, demora para se alimentar)?
	2	Seu filho apresenta refluxo nasal do alimento (Ex: o leite que o bebê ingere reflui para o nariz?)
	3	Forma de obtenção do alimento (seio, mamadeira, sonda, outros)
	4	Outras complicações de saúde (pneumonia aspirativa)
	5	Otitis recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM
7-12 meses	6	Refluxo nasal do alimento (EX: líquidos, pastosos, sólidos) o leite que o bebê ingere reflui para o nariz?)
	7	Forma de obtenção do alimento (seio, mamadeira, copo, colher)
	8	Otitis recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM
	9	Palatoplastia primária
13-18 meses	9	Refluxo nasal do alimento (EX: líquidos, pastosos, sólidos) o leite que o bebê ingere reflui para o nariz?)
	10	Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição)
	11	Otitis recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM
	12	Dificuldade com consistência alimentar
	13	Palatoplastia primária fora do tempo previsto
19-24 meses	15	Palatoplastia secundária (para correção de deiscência ou fistula)
	16	Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição)
	17	Dificuldade com consistência alimentar
	18	Otitis recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM
25-30 meses	19	Palatoplastia primária fora do tempo previsto
	20	Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição)
	21	Dificuldade com consistência alimentar
	22	Otitis recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM
	23	Palatoplastia primária fora do tempo previsto
31-36 meses	24	Dias de hospitalização no palatoplastia primária fora do tempo
	25	Forma de obtenção do alimento (mamadeira, copos, colher)
	26	Dificuldade com consistência alimentar
	27	Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição)
	28	Otitis recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM

Legenda: OM – orelha média

APÊNDICE A1 - Avaliação da Lista de Fatores Clínicos pelo Pediatra P1

MODIFICAÇÕES DA LISTA DE FATORES CLÍNICOS ANTES E APÓS SUGESTÕES		
Fase	Como era	Como ficou
	Lista de Fatores clínicos	Lista de Fatores Clínicos
0-6 meses	1 Seu filho apresenta dificuldades alimentares (dificuldade para sugar, pausas respiratórias, cansaço, demora para se alimentar)?	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?
	2 Seu filho apresenta refluxo nasal do alimento (EX: o leite que o bebê ingere reflui para o nariz?)	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?
	3 Forma de obtenção do alimento (seio, mamadeira, sonda, outros)	Usa ou usou sonda alimentar?
	4 Outras complicações de saúde (pneumonia aspirativa)	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:
	5 Otites recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
7-12 meses	6 Refluxo nasal do alimento (EX: líquidos, pastosos, sólidos) o leite que o bebê ingere reflui para o nariz?)	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama, come ou bebe?
	7 Forma de obtenção do alimento (seio, mamadeira, copo, colher)	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?
		Usa ou usou sonda alimentar?
		Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:
	8 Otites recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
	9 Palatoplastia primária	Fez cirurgia? Qual: Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:
13-18 meses	9 Refluxo nasal do alimento (EX: líquidos, pastosos, sólidos) o leite que o bebê ingere reflui para o nariz?)	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?
		Usa ou usou sonda alimentar?
	10 Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição)	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:
	11 Otites recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
	12 Dificuldade com consistência alimentar	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?
	13 Palatoplastia primária fora do tempo previsto	Fez cirurgia? Qual: Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:
	14	
19-24 meses	15 Palatoplastia secundária (para correção de deiscência ou fístula)	Fez cirurgia? Qual: Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:
		Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?
		Usa ou usou sonda alimentar?
	16 Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição)	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:
	17 Dificuldade com consistência alimentar	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?
	18 Otites recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
25-30 meses	19 Palatoplastia primária fora do tempo previsto	Fez cirurgia? Qual: Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:
		Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?
		Usa ou usou sonda alimentar?
	20 Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amidalites de repetição)	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:
	21 Dificuldade com consistência alimentar	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?
		Usa ou usou sonda alimentar?
	22 Otites recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, imitanciometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?

		Como era	Como ficou
31-36 meses	24	Dias de hospitalização no palatoplastia primária fora do tempo	Fez cirurgia? Qual:
			Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:
	25	Forma de obtenção do alimento (mamadeira, copos, colher)	Usa ou usou sonda alimentar?
	26	Dificuldade com consistência alimentar	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?
			Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?
	27	Dificuldade respiratória (respiração oral, ronco noturno, amigdalites de repetição)	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:
	28	Otites recorrentes (disfunção tubária, otalgia, otorreia, timpanometria alterada). Cirurgia otológica - inserção de tubo de ventilação na OM	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?

Legenda: OM – orelha média

APÊNDICE B - Lista de Comportamentos de Fala

0-6 m	O que a criança entende:	O que a criança fala:
0-6 meses	Seu filho ouve bem? Seu filho assusta/ ou chora com sons altos (intensos)? Considere adequado se a criança apresenta respostas, como: despertar do sono, aceleração ou interrupção da mamada, susto e piscadas dos olhos no momento em que escuta o som.	Seu filho sorri, adequado se a criança apresenta diferentes gritos agudos, risadas sonoras, choro diferenciado/ dor, fome? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho reconhece e/ou acalma com o som da sua voz? Acalma com música de ninar? Considere adequado se a criança reage aos sons familiares, vozes dos pais e sons do cotidiano.	Seu filho faz sons como "jogos vocais" ou "auto-balbucio": o bebê parece brincar com os sons que emite. Sons de forma variada (aa, ee, oo e uu)? Faz sons como se estivesse conversando? Imita sua voz? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho faz contato inicial com os olhos quando fala com ele? Seu filho presta atenção ao som (0-3 meses)? Seu filho tenta virar a cabeça procurando o som? Considere adequado se a criança faz um dos itens mencionados nesse item.	Seu filho faz sons como: aaah, uhum, grrr (gorjeios)? Considere adequado se a criança produz sons considerados o início da fala.
7-12 m	O que a criança entende:	O que a criança fala:
7-12 meses	Seu filho entende nomes de alguns objetos simples (mamadeira, sapato, bola)? Considere adequado se a criança faz o item mencionado	Seu filho imita sons? Produz o balbucio de forma indifferenciada: repetição da mesma sílaba /mamama/? Começa a dizer as primeiras palavras simples como mama (mãe)? Fala a sua própria linguagem (jargão), entonações variadas e gestos para se comunicar? Frases agramaticais. Ex: /auaua- tata-burumm/ "A água da Tayna caiu"? Considere adequado se a criança faz um dos itens mencionados
	Seu filho olha quando você o chama? Seu filho segue as instruções simples? Compreende e responde: "manda beijo", "dá tchau", "bata palma", "me dá a bola" e gestos: "vem cá", "não", tchau? Imita a ação de outras pessoas? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho produz palavras (idiossincrasias), querendo conversar? Ex: /mamá/, para mamadeira/ "lianu" para ônibus? Considere adequado, se a criança faz o item mencionado
	Seu filho ouve bem? Vira rapidamente quando o chamam? Seu filho encontra de qual lado vem o som? Considere verdadeiro se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho pode repetir palavras ditas pelos outros, de uma forma (padrão fonológico) diferente? Considere adequado, se a criança faz o item mencionado
13-18 m	O que a criança entende:	O que a criança fala:
13-18 meses	Na sua opinião, seu filho aprecia repetições? Reconhecem canções favoritas, as histórias, as brincadeiras e os jogos de palavras? Resolve desafios? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho produz algumas palavras, como "mama", "bebê", "miau", "pé", "aua", "upa", "não", "au au"? Considere adequado se a criança produz sons plosivos /p/, /t/, /k/ (1º momento); /p/, /b/, /t/, /d/, /k/ (2º momento) e /p/, /b/, /t/, /d/, /k/, /g/ (3º momento) e nasais /m/, /n/ (1º momento) e /m/, /n/, /nh/ (2º momento).
	Seu filho compreende ordens familiares? Identifica algumas partes do corpo (primárias)? Acha objetos perdidos? Faz brincadeiras simbólicas com miniaturas (ex: "coloca o boneco para dormir na cama")? Aponta o que quer? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho faz jargão, entonações variadas e gestos para se comunicar? Nomeia desenhos de forma simplificada (ex: /nena/ para pepa)? Sons onomatopeicos (muuu, brrr, zzzz, auau)? Frases agramaticais (ex: auaua - tata -burumm - "a agua da Tayna caiu"? Considere adequado se a criança faz um dos itens mencionados
	Seu filho ouve bem? Seu filho encontra de qual lado vem o som (faz a localização Lateral do som)? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Sua criança fala "fanhoso", fala com "soquinhos", fala com "raspadinhos" (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos? Considere alterado se a criança faz um dos itens mencionados
19-24 m	O que a criança entende:	O que a criança fala:
19-24 meses	Seu filho compreende perguntas simples ("quer comer")? Compreende ordens de 2 comandos (vai ao quarto e pega o seu chinelo)? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho teve a explosão de vocabulário? Combina duas palavras na frase? Diz seu nome? Sua fala, na maior parte das vezes, é compreendida (inteligível)? Fricativos /v/ e /f/ são adquiridos: /f/, /s/, /v/, /z/. Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho identifica brinquedos e utensílios domésticos? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho fala frases de 2 e 3 palavras? Ex: [may letoi]- "dá mais leite". Justaposições (quer suco, dá mamãe, dá agua) e gestos? Teve melhora para entender a sua fala (inteligibilidade)? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho reconhece sons domésticos (Telefone, campainha, latido, barulho de carro)? Localiza diretamente os sons em todas direções? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Sua criança fala "fanhoso", fala com "soquinhos", fala com "raspadinhos" (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos? Considere alterado se a criança faz um dos itens mencionados
25-30 m	O que a criança entende:	O que a criança fala:

25-30 meses	Seu filho refere-se a mesmo pelo nome? Aponta para imagens simples de objetos e quatro partes do corpo quando chamado; segue mais instruções de duas partes? Brinca com boneca ou super-heróis como se fossem situações reais. Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho faz perguntas do tipo sim/não? Usa frases simples? Pergunta nomes e funções? Começou a usar o passado? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho entende ações? Nomeia objetos e identificam sua função (o que usamos para pentear o cabelo)? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Você observa que algumas simplificações fonológicas começam a ser superadas? Redução das seguintes simplificações: reduplicações, oclusivação, redução de sílaba e palavras di e tri sílabas. Seu filho usa habitualmente linguagem telegráfica? Bebê papa pão; mamã vai papa). Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho entende primeiros verbos, entende instruções envolvendo até 3 conceitos: "coloque a boneca grande na cadeira". Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Sua criança fala "fanhoso", fala com "soquinhos", fala com "raspadinhos" (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos? Considere alterado se a criança faz um dos itens
31-36 m	O que a criança entende:	O que a criança fala:
31-36 meses	Seu filho compreende 3 instruções, entende quem, o quê, onde? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho pode usar pronomes, verbos e perguntas pretérito; 80% compreendido, na ausência de articulações compensatórias. Faz sons como k, g, t, d, nh, ch e j? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho compreende frases mais longas? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Seu filho Responde a perguntas simples. As vezes conjuga errado plural. Frases de 3 ou 4 palavras. Defluência normal de fala. Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados
	Seu filho reconhece cores primárias? Compreende e responde verbalmente com o pronome "como"? Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos e adjetivos? Considere adequado se a criança faz todos os itens mencionados	Sua criança fala "fanhoso", fala com "soquinhos", fala com "raspadinhos" (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos? Considere alterado se a criança faz um dos itens mencionados

APÊNDICE B1 – Avaliação da Lista de Comportamentos de Fala

MODIFICAÇÕES DA LISTA DE COMPORTAMENTOS DE FALA				
	Como era antes	Como ficou	Como era antes	Como ficou
0-6 m	O que a criança entende:	O que a criança entende:	O que a criança fala:	O que a criança fala:
0 - 6 Meses	Seu filho ouve bem? Seu filho assusta/ ou chora com sons altos (intensos)?	Reage ao som: assusta, pisca, para de mamar quando escuta um barulho, acalma com música ou com a voz dos pais?	Seu filho faz sons como "jogos vocais" ou "auto-balbucio": o bebê parece brincar com os sons que emite. Sons de forma variada (aa, ee, oo e uu)? Faz sons como se estivesse conversando? Imita sua voz?	Produce vogais como aaa, iii, uuu?
	Seu filho reconhece e/ou acalma com o som da sua voz? Acalma com música de ninar?	Procura o som?	Seu filho sorri, adequado se a criança apresenta diferentes gritos agudos, risadas sonoras, choros diferenciado/ dor, fome?	Faz barulhos com lábios e/ou língua: brrrr; ummmm?
	Seu filho faz contato inicial com os olhos quando fala com ele? Seu filho presta atenção ao som (0-3 meses)? Seu filho tenta virar a cabeça procurando o som?	Olha nos olhos de quem fala com ela?	Seu filho faz sons como: aaah, uhum, grrr (gorjeios)?	Repete sílabas iguais "mamama"?
	Como era antes	Como ficou	Como era antes	Como ficou
07-12 m	O que a criança entende:	O que a criança entende:	O que a criança fala:	O que a criança fala:
07-12 meses	Seu filho entende nomes de alguns objetos simples (mamadeira, sapato, bola)?	Entende e aponta objetos ou pessoas quando você pede?	Seu filho imita sons? Produz o balbucio de forma indiferenciada: repetição da mesma sílaba /mamama/? Começa a dizer as primeiras palavras simples como mama (mãe)? Fala a sua própria linguagem (jargão), entonações variadas e gestos para se comunicar? Frases agramaticais. Ex: /auaua- tata-burumm/ "A água da Tayna caiu"?	Imita animais: miau, muuuu, méééé, upaupa, au-au?
	Seu filho olha quando você o chama? Seu filho segue as instruções simples? Compreende e responde: "manda beijo", "dá tchau", "bata palma", "me dá a bola" e gestos: "vem cá", "não", "tchau? Imita a ação?	Entende e imita gestos quando você pede: dá tchau; dá beijo; bate palminha?	Seu filho produz palavras (idiosincrasias), querendo conversar? Ex: /mamã/, para mamadeira/ "lianu" para ônibus?	Repete sílabas variadas "madada", "babama"?
	Seu filho ouve bem? Vira rapidamente quando o chamam? Seu filho encontra de qual lado vem o som?	Olha quando você chama?	Seu filho pode repetir palavras ditas pelos outros, de uma forma (padrão fonológico) diferente?	Usa sons "M" em palavra como "mamá" para pedir a mamadeira?
	Como era antes	Como ficou	Como era antes	Como ficou
13-18 m	O que a criança entende:	O que a criança entende:	O que a criança fala:	O que a criança fala:
13-18 meses	Na sua opinião, seu filho aprecia repetições? Reconhecem canções favoritas, as histórias, as brincadeiras e os jogos de palavras? Resolve desafios?	Reconhece sons da vida diária: telefone, carro, latido, campainha ou outro?	Seu filho produz algumas palavras, como "mama", "bebê", "miau", "pé", "aua", "upa", "não", "au"?	Usa som "N" em palavra como "não"?
	Seu filho compreende ordens familiares? Identifica algumas partes do corpo (primárias)? Acha objetos perdidos? Faz brincadeiras simbólicas com miniaturas (ex: "coloca o boneco para dormir na cama")? Aponta o que quer?	Compreende ordem simples: vem aqui, não mexe?	Seu filho faz jargão, entonações variadas e gestos para se comunicar? Nomeia desenhos de forma simplificada (ex: /nena/ para pepa)? Sons onomatopeicos (muuu, brrr, zzzz, auau)? Frases agramaticais (ex: auaua-tata-burumm- "a água da Tayna caiu"?	Usa som "B" em palavra como "aba" para pedir água?

	Seu filho ouve bem? Seu filho encontra de qual lado vem o som (faz a localização Lateral do som)?		Sua criança fala “fanhoso”, fala com “soquinhos”, fala com “raspadinhos” (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos?	Usa sons “P” em palavra como “papa” para papai ou para comida?
				Usa som “D” em palavra como “dá” para pedir algo?
	Como era antes	Como ficou	Como era antes	Como ficou
19-24 m	O que a criança entende:	O que a criança entende:	O que a criança fala:	O que a criança fala:
19-24 meses	Seu filho compreende perguntas simples (“quer comer”)? Compreende ordens de 2 comandos (vai ao quarto e pega o seu chinelo)?	Entende ordem com dois ou mais comandos: vai no quarto buscar a fralda?	Seu filho teve a explosão de vocabulário? Combina duas palavras na frase? Diz seu nome? Sua fala, na maior parte das vezes, é compreendida (inteligível)? Fricativos /v/ e /f/ são adquiridos: /f/, /s/, /v/, /z/.	Usa sons “Q” ou “C” em palavra como “qué”, para quero; “caí” quando ela cai?
	Seu filho identifica brinquedos e utensílios domésticos?		Seu filho fala frases de 2 e 3 palavras? Ex: [may letoi] - “dá mais leite”. Justaposições (quer suco, dá mamãe, dá água) e gestos? Teve melhora para entender a sua fala (inteligibilidade)?	Usa som “T” em palavra como “oto” para pedir outro biscoito?
	Seu filho reconhece sons domésticos (Telefone, campainha, latido, barulho de carro)? Localiza diretamente os sons em todas direções?	Interage quando escuta seu programa favorito: Pepa, galinha pintadinha ou outro?	Sua criança fala “fanhoso”, fala com “soquinhos”, fala com “raspadinhos” (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos?	Usa som “V” em palavra como “vovó”?
				Usa frase com 2 palavras: “é meu”; “qué papa” para ir com o papai?
	Como era antes	Como ficou	Como era antes	Como ficou
25-30 m	O que a criança entende:	O que a criança entende:	O que a criança fala:	O que a criança fala:
25-30 meses	Seu filho refere-se a mesmo pelo nome? Aponta para imagens simples de objetos e quatro partes do corpo quando chamado; segue mais instruções de duas partes? Brinca com boneca ou super-heróis como se fossem situações reais.	Atende pelo nome?	Seu filho faz perguntas do tipo sim/não? Usa frases simples? Pergunta nomes e funções? Começou a usar o passado?	Usa sons “G” em palavra como “Gui”?
	Seu filho entende ações? Nomeia objetos e identificam sua função (o que usamos para pentear o cabelo)?	Entende verbos: pula, corre, vem, dá?	Você observa que algumas simplificações fonológicas começam a ser superadas? Redução das seguintes simplificações: reduplicações, oclusivação, redução de sílaba e palavras di e trissílabas. Seu filho usa habitualmente linguagem telegráfica? Bebê papa pão; mamã vai papa).	Usa som “F” em palavra como “feio”; “fui” ou como “fo” para flor?
	Seu filho entende primeiros verbos, entende instruções envolvendo até 3 conceitos: “coloque a boneca grande na cadeira”.	Entende ordem com três ou mais comandos: me dá a boneca e pega a bola?	Sua criança fala “fanhoso”, fala com “soquinhos”, fala com “raspadinhos” (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos?	Usa som “S” no final de palavras como “mais”?
				Usa frase com 3 palavras: “qué mais papa”?
	Como era antes	Como ficou	Como era antes	Como ficou
30-36 m	O que a criança entende:	O que a criança entende:	O que a criança fala:	O que a criança fala:
30-36	Seu filho compreende 3	Entende as palavras: quem, o	Seu filho pode usar	Usa sons “CH” em

meses	instruções, entende quem, o quê, onde?	que, onde?	pronomes, verbos e perguntas pretérito; 80% compreendido, na ausência de articulações compensatórias. Faz sons como k, g, t, d, nh, ch e j?	palavra como bicho?
	Seu filho compreende frases mais longas?	Responde perguntas: onde você foi? O que você fez? Quem te levou?	Seu filho Responde a perguntas simples. As vezes conjuga errado plural. Frases de 3 ou 4 palavras. Defluência normal de fala.	Usa som "S" em palavra como "sai"?
	Seu filho reconhece cores primárias? Compreende e responde verbalmente com o pronome "como"? Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos e adjetivos?	Reconhece cores, adjetivo, plural, gênero?	Sua criança fala "fanhoso", fala com "soquinhos", fala com "raspadinhos" (articulação compensatória) e não é bem compreendida por todos?	Usa frase com 4 palavras: "qué mais papa, nenê"; "qué faze cocô, mamãe"?

APÊNDICE B – Formulário para a avaliação da ferramenta de rastreio – RAFF distribuído em formato impresso para os oito avaliadores

Faculdade de Odontologia de Bauru
Hospital de Reabilitação em Anomalias Craniofaciais

Profissão: _____ Idade: _____ Tempo de experiência de trabalho na área de FLP: _____ anos.

Ferramenta de rastreio da presença de sinais indicativos de alterações de fala em crianças com fissura labiopalatina (FLP)

- ❖ Preparou-se uma ferramenta visando a detecção precoce do risco para alterações de fala em crianças com fissura labiopalatina. O instrumento foi preparado em forma de questionário a ser disponibilizado em instituições que oferecem serviços de saúde ao bebê com anomalias craniofaciais. Recomenda-se a aplicação da ferramenta por profissional da área da saúde uma vez que o objetivo do rastreio é a detecção precoce da condição ou risco para a alteração de fala e também o encaminhamento para a continuidade do processo diagnóstico e tratamento.
- ❖ Sua tarefa enquanto avaliador neste processo de avaliação do conteúdo da ferramenta é analisar os comportamentos comunicativos e sinais indicativos de alterações de fala, incluídos no quadro abaixo, usar o espaço fornecido para apresentar sugestões e modificações sempre que o nível de clareza for 3 (pouco claro) e 4 (não claro), conforme explicado a seguir:

- 1) Para análise da clareza do enunciado use o quadro (**"Clareza"**) e classifique (colocando um **X** em um dos números de 1 a 4- o nível de clareza do enunciado em cada item, onde a linguagem e as terminologias usadas podem ser compreendidas, tanto pelo profissional que vai aplicar o rastreio, quanto pelos pais e cuidadores que serão interrogados quanto ao comportamento comunicativo da criança.

- 2) Ex:

Com 6 meses a criança:	Indique sugestões e modificações	Clareza												
☐ Produz vogais como <u>aaa</u> , <u>iii</u> , <u>uuu</u> ?	☐ Acrescento a vogal "o" nesta faixa <u>etária</u>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2 X</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2 X	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	2 X	3	4											
1	2	3	4											
1	2	3	4											
☐ Faz _____?	☐ _____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	2	3	4											
1	2	3	4											
☐ Repete _____?	☐ _____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	2	3	4											
1	2	3	4											
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Muito Claro Claro Pouco claro Não Claro </div>												

- Na escala, o **1** é o nível indicativo de **"muito claro"**. Além de ser um comportamento representativo da faixa etária em questão, não há sugestões para mudanças no conteúdo;
- Na escala, o **2** é o nível indicativo de **"claro"**. Quando julgar que o item é adequado, trazendo contribuições relevantes para alcançar os objetivos propostos pelo material;
- Na escala o **3** é o nível indicativo de **"pouco claro"**. Apesar de ser adequado, deixa de apresentar informações relevantes;
- Na escala o **4** é indicativo de **"não claro"**. Quando o item for incapaz de alcançar os objetivos.

Suas sugestões e modificações são essenciais para o aprimoramento desta ferramenta. Obrigada pela sua participação.

Com 6 meses a criança:	Indique sugestões e modificações	Clareza
☐ Produz vogais como <u>aaa</u> , <u>iii</u> , <u>uuu</u> ? ☐ Faz barulhos com lábios e/ou língua: <u>brrrr</u> , <u>ummmm</u> ? ☐ Repete sílabas iguais " <u>mamama</u> "?	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4
☐ Reage ao som: assusta, pisca, para de mamar quando escuta um barulho, acalma com música ou com a voz dos pais? ☐ Procura o som? ☐ Olha nos olhos de quem fala com ela?	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4
☐ Tem ou teve dificuldades para obter o alimento? ☐ Usa ou usou sonda alimentar? ☐ Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama? ☐ Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia? Outra-qual: ☐ Fez cirurgia? Qual: ☐ Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual: ☐ Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha? ☐ O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"? ☐ Faz sons usando soquinhos na garganta?	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4
		Muito Claro Claro Pouco claro Não Claro
Com 12 meses a criança:	Indique sugestões e modificações	Clareza
☐ Repete sílabas variadas " <u>madada</u> "; " <u>babama</u> "? ☐ Imita animais: <u>miau</u> , <u>muuuu</u> , <u>méééé</u> , <u>upaupa</u> , <u>au-au</u> ? ☐ Usa sons " <u>M</u> " em palavra como " <u>mamá</u> " para pedir a mamadeira?	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4
☐ Entende e aponta objetos ou pessoas quando você pede? ☐ Olha quando você chama? ☐ Entende e imita gestos quando você pede: dá tchau; dá beijo; bate palminha?	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4
☐ Tem ou teve dificuldades para obter o alimento? ☐ Usa ou usou sonda alimentar? ☐ Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama, come ou bebe? ☐ Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia? Outra-qual: ☐ Fez cirurgia? Qual: ☐ Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual: ☐ Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha? ☐ O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"? ☐ Faz sons usando soquinhos na garganta? ☐ Usa muito os sons "m" e "n" como " <u>mómó</u> " para vovó; " <u>nonói</u> " para dodói; " <u>mémê</u> " para bebê	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4 ☐ 1 2 3 4
		Muito Claro Claro Pouco claro Não Claro

Com 18 meses a criança:	Indique sugestões e modificações	Clareza																																								
☐ Usa som "N" em palavra como "não"? ☐ Usa som "B" em palavra como "aba" para pedir água? ☐ Usa sons "P" em palavra como "papa" para papai ou para comida? ☐ Usa som "D" em palavra como "dê" para pedir algo?	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	<table border="1"> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4																								
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ Reconhece sons da vida diária: telefone, carro, latido, campainha, ou outro? ☐ Compreende ordem simples: vem aqui, não mexe?	☐ _____ ☐ _____	<table border="1"> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4																																
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ Tem ou teve dificuldades para obter o alimento? ☐ Usa ou usou sonda alimentar? ☐ Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama? ☐ Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otitis recorrentes? Ronco/Apnéia? Outra-qual: ☐ Fez cirurgia? Qual: ☐ Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fistula)? Qual: ☐ Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha? ☐ O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"? ☐ Faz sons usando soquinhos na garganta? ☐ Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nónói" para dodói; "mémê" para bebê.	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	<table border="1"> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
		Muito Claro Claro Pouco claro Não Claro																																								

Com 24 meses a criança:	Indique sugestões e modificações	Clareza																																								
☐ Usa sons "Q" ou "C" em palavra como "quê", para quero; "cal" quando ela cai? ☐ Usa som "T" em palavra como "oto" para pedir outro biscoito? ☐ Usa som "V" em palavra como "vovó"? ☐ Usa frase com 2 palavras: "é meu"; "quê papa" para ir com o papai?	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	<table border="1"> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4																								
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ Entende ordem com dois ou mais comandos: vai no quarto buscar a fralda? ☐ Interage quando escuta seu programa favorito: Pepa, galinha pintadinha ou outro?	☐ _____ ☐ _____	<table border="1"> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4																																
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ Tem ou teve dificuldades para obter o alimento? ☐ Usa ou usou sonda alimentar? ☐ Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama? ☐ Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otitis recorrentes? Ronco/Apnéia? Outra-qual: ☐ Fez cirurgia? Qual: ☐ Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fistula)? Qual: ☐ Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha? ☐ O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"? ☐ Faz sons usando soquinhos na garganta? ☐ Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nónói" para dodói; "mémê" para bebê.	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	<table border="1"> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>☐ 1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4	☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
☐ 1	2	3	4																																							
		Muito Claro Claro Pouco claro Não Claro																																								

Com 30 meses a criança:

- ☐ Usa sons "G" em palavra como "Gui"?
- ☐ Usa som "F" em palavra como "feio"; "fui" ou como "fo" para flor?
- ☐ Usa som "S" no final de palavras como "mais"?
- ☐ Usa frase com 3 palavras: "qué mais papa"?

☐ Atende pelo nome?

☐ Entende verbos: pula, corre, vem, dá?

☐ Entende ordem com três ou mais comandos: me dá a boneca e pega a bola?

- ☐ Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?
- ☐ Usa ou usou sonda alimentar?
- ☐ Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?
- ☐ Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia? Outra-qual:
- ☐ Fez cirurgia? Qual:
- ☐ Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fistula)? Qual:
- ☐ Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
- ☐ O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?
- ☐ Faz sons usando soquinhos na garganta?
- ☐ Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nónói" para dodói; "mêêê" para bebê

Indique sugestões e modificações

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Clareza

☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4

☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4

☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4

Muito Claro Claro Pouco claro Não Claro

Com 36 meses a criança:

- ☐ Usa sons "CH" em palavra como bicho?
- ☐ Usa som "S" em palavra como "sai"?
- ☐ Usa frase com 4 palavras: "qué mais papa, nenê"; "qué faze cocô, mamãe"?

☐ Entende as palavras: quem, o que, onde?

☐ Responde perguntas: onde você foi?; o que você fez?; Quem te levou?

☐ Reconhece cores, adjetivo, plural, gênero?

Indique sugestões e modificações

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Clareza

☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4

☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4

☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4
☐ 1	2	3	4

Muito Claro Claro Pouco claro Não Claro

APÊNDICE D - Sumário das respostas da análise da ferramenta de rastreio – RAFF e IVC estabelecido após avaliação pelos 8 participantes nas 6 faixas etárias estudadas (D1, D2, D3, D4, D5, D6)

APÊNDICE D1 - Respostas dos avaliadores e IVC para o conteúdo na faixa etária 0-6 meses

Item	Como era antes	Sugestões:	Como ficou depois	IVC	
	Vide Apêndice C	Após análise de 8 avaliadores	Vide Apêndice E	Muito claro	Claro
F1	Produz vogais como aaa, iii, uuu?	-	-	100%	0%
F2	Faz barulhos com lábios e/ou língua: brrrr; ummmm?	-	-	87%	13%
F3	Repete sílabas iguais "mamama"?	-	-	100%	0%
E1	Reage ao som: assusta, pisca, para de mamar quando escuta um barulho, acalma com música ou com a voz dos pais?	-	-	100%	0%
E2	Procura o som?	O Avaliador P2 indicou acrescentar a frase: "volta-se em direção ao som"?	Procura o som? Volta-se em direção ao som?	100%	0%
E3	Olha nos olhos de quem fala com ela?	-	-	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	Os juízes P1, P2, F1 e F2, sugeriram alterar a palavra "obter". As sugestões foram: "sugar, mastigar ou aceitar"; "ingerir"; "alimentar"; "receber".	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?	37%	67%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	-	-	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?	-	-	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia? Outra-qual:	O avaliador P5 indicou retirar a pergunta "outra-qual", após a palavra pneumonia. A Avaliadora F2 sugeriu alterar a palavra "recorrente" por "varias" otites.	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	O Avaliador P2 e P3 indicaram acrescentar o nome da cirurgia de labio "queiloplastia"	Fez cirurgia? Qual (Ex: Queiloplastia):	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula? Qual:	O avaliador P5 sugeriu retirar a pergunta "qual", pois ele menciona que não importa qual é, e sim se apresentou a complicação cirúrgica. A Avaliadora F2 sugeriu modificar a palavra fístula, por "buraquinho no céu da boca".	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula-buraquinho no céu da boca)?	75%	25%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	-	-	87%	13%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?	-	-	87%	13%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	Os Avaliadores P1 e P5, sugeriram acrescentar o esclarecimento da palavra "soquinho" e a avaliadora F1 sugeriu ajustar a questão para: "durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta".	Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?	62%	38%
IVF – 0-6 meses				86%	14%

Legenda: %=porcentagem

O que a criança fala-F1, F2, F3, F4: itens sobre "o que a criança fala" nos 6 primeiros meses de vida

O que a criança entende-E1, E2, E3: itens sobre "o que a criança entende" nos 6 primeiros meses de vida

Fatores clínicos-FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9: fatores clínicos que podem interferir no período de 0-6m

APÊNDICE D2 - Respostas dos avaliadores e IVC para o conteúdo na faixa etária 7-

12 meses

Item	Como era antes	Sugestões:	Como ficou depois	IVC	
	Vide Apêndice C	Após análise de 8 avaliadores	Vide Apêndice E	Muito claro	Claro
F1	Repete sílabas variadas "madada"; "babama"?	O Avaliador P2 indicou acrescentar o modelo de produção como "mama" e dá dá de forma separada	Repete sílabas variadas "madada"; "babama"?	75%	25%
F2	Imita animais: miau, muuuu, méééé, upaupa, au-au?	O Avaliador P2 sugeriu alterar "animais" por imita "palavras".	Imita palavras: miau, muuuu, méééé, upaupa, au-au?	100%	0%
F3	Usa sons "M" em palavra como "mamá" para pedir a mamadeira?	O Avaliador P2 indicou acrescentar: fala 2 palavras além de "ma-ma" e "dá dá".	-	100%	0%
E1	Entende e aponta objetos ou pessoas quando você pede?	A Avaliadora F1 indicou alterar por: "compreende e realiza a ordem de apontar objetos e pessoas quando você pede".	-	87%	13%
E2	Olha quando você chama?	-	-	100%	0%
E3	Entende e imita gestos quando você pede: dá tchau; dá beijo; bate palminha?	O Avaliador P2 sugeriu modificar a palavra "ordens simples" por "obedece" e exemplificou: dá para mim; dá para ele, vem cá.	-	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	Os avaliadores P1 e F1 sugeriram alterar a palavra "obter". As sugestões foram: "sugar, mastigar ou aceitar" e "ingerir", respectivamente.	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?	25%	75%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	-	-	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama, come ou bebe?	-	-	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:	O avaliador P5 indicou retirar a pergunta "outra-qual", após a palavra pneumonia. A Avaliadora F2 sugeriu alterar a palavra "recorrente" por "varias" otites.	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	O Avaliador P2 indicou acrescentar: "queiloplastia e palatoplastia". O Avaliador P3 indicou acrescentar o nome da cirurgia "queiloplastia"	Fez cirurgia? Qual (ex: Queiloplastia):	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:	A Avaliadora F1 sugeriu acrescentar a explicação de fístula entre parênteses: "comunicação entre as cavidades oral e nasal?"	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula- buraquinho no céu da boca)?	75%	25%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	-	-	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?	-	-	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	Os Avaliadores P1 e P5, suggestionaram acrescentar o esclarecimento da palavra "soquinho" e a avaliadora F1 sugeriu ajustar a questão para: "durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta".	Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nonói" para dodói; "mêmê" para bebê	-	-	100%	0%
		-	IVF – 7-12 meses	87%	13%

Legenda: %=porcentagem

O que a criança fala-F1, F2, F3: itens sobre "o que a criança fala" no período de 7-12 meses de vida

O que a criança entende-E1, E2, E3: itens sobre "o que a criança entende" no período de 7-12 meses de vida

Fatores clínicos-FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10: fatores clínicos no período de 7-12 meses de vida

APÊNDICE D3 - Respostas dos avaliadores e IVC para conteúdo na faixa etária 13-18 meses

Item	Como era antes	Sugestões:	Como ficou depois	IVC	
	Vide Apêndice C	Após análise de 8 avaliadores	Vide Apêndice E	Muito claro	Claro
F1	Usa som “N” em palavra como “não”?	-	-	87%	13%
F2	Usa som “B” em palavra como “aba” para pedir água?	-	-	87%	13%
F3	Usa sons “P” em palavra como “papa” para papai ou para comida?	-	-	100%	0%
F4	Usa som “D” em palavra como “dá” para pedir algo?	-	-	100%	0%
E1	Reconhece sons da vida diária: telefone, carro, latido, campainha ou outro?	-	-	100%	0%
E2	Compreende ordem simples: vem aqui, não mexe?	-	-	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	O avaliador P1 sugeriu alterar a palavra “obter”, por: “sugar, mastigar ou aceitar”, pois a partir dessa idade a inapetência é comum e a mãe pode confundir “obter” com aceitar. A Avaliadora F1 sugeriu alterar por “ingerir”.	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?	38%	62%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	-	-	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?	-	-	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:	O avaliador P5 indicou retirar a pergunta “outra-qual”, após a palavra pneumonia.	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia?	75%	25%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	O Avaliador P2 indicou acrescentar: “queiloplastia e palatoplastia”. O Avaliador P3 indicou acrescentar o nome da cirurgia “queiloplastia”	Fez cirurgia? Qual (ex: Queiloplastia/palatoplastia):	87%	13%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:	O avaliador P5 sugeriu retirar a pergunta “qual”, pois ele menciona que não importa qual é, e sim apresentou a complicação cirúrgica.	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula-buraquinho no céu da boca)?	62%	38%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	-	-	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é “fanhosa”?	-	-	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	Os Avaliadores P1 e P5, suggestionaram acrescentar o esclarecimento da palavra “soquinho” e a avaliadora F1 sugeriu ajustar a questão para: “durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta”.	Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons “m” e “n” como “mómó” para vovó; “nónói” para dodói; “mêêê” para bebê	-	-	100%	0%
IVF – 13-18 meses				88%	12%

Legenda: %=porcentagem

O que a criança fala-F1, F2, F3, F4: itens sobre “o que a criança fala” no período de 13-18 meses de vida

O que a criança entende-E1, E2: itens sobre “o que a criança entende” no período de 13-18 meses de vida

Fatores clínicos-FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10: fatores clínicos no período de 13-18 meses de vida

APÊNDICE D4 - Respostas dos avaliadores e IVC para conteúdo na faixa etária 19-24 meses

Item	Como era antes	Sugestões:	Como ficou depois	IVC	
	Vide Apêndice C	Após análise de 8 avaliadores	Vide Apêndice E	Muito claro	Claro
F1	Usa sons “Q” ou “C” em palavra como “qué”, para quero; “cai” quando ela cai?	-	-	100%	0%
F2	Usa som “T” em palavra como “oto” para pedir outro biscoito?	-	-	87%	13%
F3	Usa som “V” em palavra como “vovó”?	-	-	87%	13%
F4	Usa frase com 2 palavras: “é meu”; “qué papa” para ir com o papai?	-	-	100%	0%
E1	Entende ordem com dois ou mais comandos: vai no quarto buscar a fralda?	-	-	100%	0%
E2	Interage quando escuta seu programa favorito: Pepa, galinha pintadinha ou outro?	-	-	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	O avaliador P1 sugeriu alterar a palavra “obter”, por: “sugar, mastigar ou aceitar”, pois a partir dessa idade a inapetência é comum e a mãe pode confundir “obter” com aceitar. A Avaliadora F1 sugeriu alterar por “ingerir”.	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?	38%	62%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	-	-	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?	A Avaliadora F3 sugeriu acrescentar: grão de arroz e pedaço de algum alimento.	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz, grão de arroz e pedaço de algum alimento) enquanto se alimenta?	87%	13%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:	O avaliador P5 indicou retirar a pergunta “outra-qual”, após a palavra pneumonia.	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	-	-	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:	O avaliador P5 sugeriu retirar a pergunta “qual”, pois ele menciona que não importa qual é, e sim apresentou a complicação cirúrgica.	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula-buraquinho no céu da boca)?	62%	38%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	-	-	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é “fanhosa”?	-	-	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	Os Avaliadores P1 e P5, sugeriram acrescentar o esclarecimento da palavra “soquinho” e a avaliadora F1 sugeriu ajustar a questão para: “durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta”.	Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons “m” e “n” como “mómó” para vovó; “nónói” para dodói; “mê mê” para bebê	-	-	100%	0%
			IVF – 19-24 meses	87%	13%

Legenda: %=porcentagem

O que a criança fala-F1, F2, F3, F4: itens sobre “o que a criança fala” no período de 19-24 meses de vida

O que a criança entende-E1, E2: itens sobre “o que a criança entende” no período de 19-24 meses de vida

Fatores clínicos-FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10: fatores clínicos no período de 19-24 meses de vida

APÊNDICE D5 - Respostas dos avaliadores e IVC para conteúdo na faixa etária 25-30 meses

Item	Como era antes	Sugestões:	Como ficou depois	IVC	
	Vide Apêndice C	Após análise de 8 avaliadores	Vide Apêndice E	Muito claro	Claro
F1	Usa sons “G” em palavra como “Gui”?	-	-	100%	0%
F2	Usa som “F” em palavra como “feito”; “fui” ou como “fo” para flor?	-	-	87%	13%
F3	Usa som “S” no final de palavras como “mais”?	-	-	87%	13%
F4	Usa frase com 3 palavras: “qué mais papa”?	-	-	100%	0%
E1	Atende pelo nome?	-	-	100%	0%
E2	Entende verbos: pula, corre, vem, dá?	-	-	100%	0%
E3	Entende ordem com três ou mais comandos: me dá a boneca e pega a bola	-	-	100%	0%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	O avaliador P1 sugeriu alterar a palavra “obter”, por: “sugar, mastigar ou aceitar”, pois a partir dessa idade a inapetência é comum e a mãe pode confundir “obter” com aceitar. A Avaliadora F1 sugeriu alterar por “ingerir”.	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?	50%	50%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	-	-	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?	A Avaliadora F3 sugeriu acrescentar: grão de arroz e pedaço de algum alimento.	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz, grão de arroz e pedaço de algum alimento) enquanto se alimenta?	75%	25%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:	O avaliador P5 indicou retirar a pergunta “outra-qual”, após a palavra pneumonia.	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia?	50%	50%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	O avaliador P5 sugeriu retirar a pergunta “qual”, pois ele menciona que não importa qual é, e sim apresentou a complicação cirúrgica.	-	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fistula)? Qual:	A Avaliadora F1 sugeriu acrescentar a explicação de fistula entre parênteses: “comunicação entre as cavidades oral e nasal?”	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fistula-buraquinho no céu da boca)?	50%	50%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	-	-	100%	0%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é “fanhosa”?	Os Avaliadores P1 e P5, suggestionaram acrescentar o esclarecimento da palavra “soquinho” e a avaliadora F1 sugeriu ajustar a questão para: “durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta”.	Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	-	-	100%	0%
FC10	Usa muito os sons “m” e “n” como “mómó” para vovó; “nónói” para dodói; “mêêê” para bebê	-	-	100%	0%
			IVF – 25-30 meses	88%	12%

Legenda: %=porcentagem

O que a criança fala-F1, F2, F3, F4: itens sobre “o que a criança fala” no período de 25-30 meses de vida

O que a criança entende-E1, E2, E3: itens sobre “o que a criança entende” no período de 25-30 meses de vida

Fatores clínicos-FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10: fatores clínicos no período de 25-30 meses de vida

APÊNDICE D6 - Respostas dos avaliadores e IVC para conteúdo na faixa etária 31-36 meses

Item	Como era antes	Sugestões:	Como ficou depois	IVC	
	Vide Apêndice C	Após análise de 8 avaliadores	Vide Apêndice E	Muito claro	Claro
F1	Usa sons “CH” em palavra como bicho?	-	-	100%	0%
F2	Usa som “S” em palavra como “sai”?	-	-	100%	0%
F3	Usa frase com 4 palavras: “qué mais papa, nenê”; “qué faz cocô, mamãe”?	-	-	87%	13%
E1	Entende as palavras: quem, o que, onde?	O Avaliador P2 ajustou a pontuação da sentença: “quem? O que? Onde?”	Entende as palavras: quem? O que? Onde?	87%	13%
E2	Responde perguntas: onde você foi?; o que você fez? Quem te levou?	-	-	100%	0%
E3	Reconhece cores, adjetivo, plural, gênero?	A Avaliadora F2 sugeriu exemplificar “adjetivo e gêneros”.	-	87%	13%
FC1	Tem ou teve dificuldades para obter o alimento?	O avaliador P1 sugeriu alterar a palavra “obter”, por: “sugar, mastigar ou aceitar”, pois a partir dessa idade a inapetência é comum e a mãe pode confundir “obter” com aceitar. A Avaliadora F1 sugeriu alterar por “ingerir”.	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?	50%	50%
FC2	Usa ou usou sonda alimentar?	-	-	100%	0%
FC3	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?	A Avaliadora F3 sugeriu acrescentar: grão de arroz e pedaço de algum alimento.	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz, grão de arroz e pedaço de algum alimento) enquanto se alimenta?	100%	0%
FC4	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia? Outra-qual:	O avaliador P5 indicou retirar a pergunta “outra-qual”, após a palavra pneumonia.	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/apneia?	62%	38%
FC5	Fez cirurgia? Qual:	-	Fez cirurgia? Qual:	100%	0%
FC6	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula)? Qual:	O avaliador P5 sugeriu retirar a pergunta “qual”, pois ele menciona que não importa qual é, e sim apresentou a complicação cirúrgica. A Avaliadora F2 sugeriu ajustar a frase, com o acréscimo da palavra: Tem fístula no “palato”?	Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula-buraquinho no céu da boca)?	75%	25%
FC7	Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?	-	-	87%	13%
FC8	O ar/som escapa pelo nariz? A fala é “fanhosa”?	-	-	100%	0%
FC9	Faz sons usando soquinhos na garganta?	Os Avaliadores P1 e P5, sugeriram acrescentar o esclarecimento da palavra “soquinho” e o avaliador 6 sugeriu ajustar a questão para: “durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta”.	Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?	75%	25%
FC10	Usa muito os sons “m” e “n” como “mómó” para vovó; “nónói” para dodói; “mêmê” para bebê?	-	-	100%	0%
			IVF – 31-36 meses	88%	12%

Legenda: %=porcentagem

O que a criança fala-F1, F2, F3: itens sobre “o que a criança fala” no período de 31-36 meses de vida

O que a criança entende-E1, E2, E3: itens sobre “o que a criança entende” no período de 31-36 meses de vida

Fatores clínicos-FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6, FC7, FC8, FC9, FC10: fatores clínicos no período de 31-36 meses de vida

APÊNDICE E - Ferramenta de Rastreio de Risco de Alterações de Fala na Fissura Labiopalatina (RAFF)

Risco para Alterações de Fala em Crianças com Fissura Labiopalatina

AUTORIA: Caroline Antonelli Mendes e Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Este instrumento de rastreio deve ser utilizado para a detecção do risco de alteração de fala em crianças com Fissura Labiopalatina (FLP) na faixa etária de 0 a 36 meses, para ser aplicado por agentes comunitários e membros da equipe de cuidados de saúde. Assinale as questões com as opções: "Adequado" ou "Alterado", apenas na faixa etária correspondente a idade da criança.

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Data da triagem: ____/____/____ RG (HRAC- FOB USP): _____

A	B	C	D
6 primeiros meses	O QUE A CRIANÇA ENTENDE	O QUE A CRIANÇA FALA	FATORES CLÍNICOS
Perguntas para o cuidador:	Reage ao som: assusta, pisca, para de mamar quando escuta um barulho, acalma com música ou com a voz dos pais?	Produce vogais como aaa, iii, uuu?	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere os comportamentos adequados se a criança apresenta o comportamento mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando a condição acima for observada nos primeiros 6 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:	Procura o som? Volta-se em direção ao som?	Faz barulhos com lábios e/ou língua: brrrr; ummmm?	Usa ou usou sonda alimentar?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere o comportamento adequado se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando a condição acima for observada nos primeiros 6 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:	Olha nos olhos de quem fala com ela?	Repete sílabas iguais "mamama"?	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere os comportamentos adequados se a criança apresenta o comportamento mencionado: () Adequado () Alterado	Considere os comportamentos adequados se a criança apresenta o comportamento mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando a condição acima for observada nos primeiros 6 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada nos primeiros 6 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Fez cirurgia? Qual (Ex: Queiloplastia):
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando a condição acima for observada nos primeiros 6 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Teve alguma complicação após a cirurgia?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, a condição acima for observada nos 6 primeiros meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando a condição acima for observada nos 6 primeiros meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Resultados	Total de alterados: ____ de 3	Total de alterados: ____ de 3	Total de fatores clínicos: ____ de 3
INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS NOS 6 PRIMEIROS MESES DE VIDA: () Comportamentos adequados SEM fatores clínicos (0 comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos alterados SEM fatores clínicos (1 ou + comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos adequados COM fatores clínicos: (0 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos) () Comportamentos alterados COM fatores clínicos: (2 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos)			

A	B	C	D
7 - 12 meses	O QUE A CRIANÇA ENTENDE	O QUE A CRIANÇA FALA	FATORES CLÍNICOS
Perguntas para o cuidador:	Entende e aponta objetos ou pessoas quando você pede?	Repete sílabas variadas "madada"; "babama"?	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?
<i>Anotação do avaliador:</i>	<i>Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado:</i> () Adequado () Alterado	<i>Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados:</i> () Adequado () Alterado	<i>Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:	Olha quando você chama?	Imita palavras: miau, muuuu, méééé, upaupa, au-au?	Usa ou usou sonda alimentar?
<i>Anotação do avaliador:</i>	<i>Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado:</i> () Adequado () Alterado	<i>Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado:</i> () Adequado () Alterado	<i>Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:	Entende e imita gestos quando você pede: dá tchau; dá beijo; bate palminha?	Usa sons "M" em palavra como "mamã" para pedir a mamadeira?	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama, come ou bebe?
<i>Anotação do avaliador:</i>	<i>Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado:</i> () Adequado () Alterado	<i>Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado:</i> () Adequado () Alterado	<i>Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?
<i>Anotação do avaliador:</i>			<i>Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Fez cirurgia? Qual (ex: Queiloplastia):
<i>Anotação do avaliador:</i>			<i>Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula- buraquinho no céu da boca)?
<i>Anotação do avaliador:</i>			<i>Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
<i>Anotação do avaliador:</i>			<i>Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?
<i>Anotação do avaliador:</i>			<i>Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?
<i>Anotação do avaliador:</i>			<i>Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nonói" para dodói; "mêêê" para bebê
<i>Anotação do avaliador:</i>			<i>Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 7 e 12 meses de vida:</i> () SEM Risco () COM Risco
Resultado:	Total de alterados: ____ de 3	Total de alterados: ____ de 3	Total de clínicos: ____ de 3
INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS DOS 7 aos 12 MESES DE VIDA: () Comportamentos adequados SEM fatores clínicos (0 comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos alterados SEM fatores clínicos (1 ou + comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos adequados COM fatores clínicos: (0 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos) () Comportamentos alterados COM fatores clínicos: (2 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos)			

A	B	C	D
13-18 meses	O QUE A CRIANÇA ENTENDE	O QUE A CRIANÇA FALA	FATORES CLÍNICOS
Perguntas para o cuidador:	Reconhece sons da vida diária: telefone, carro, latido, campainha ou outro?	Usa som "N" em palavra como "não"?	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:	Compreende ordem simples: vem aqui, não mexe?	Usa som "B" em palavra como "aba" para pedir água?	Usa ou usou sonda alimentar?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:		Usa sons "P" em palavra como "papa" para papai ou para comida?	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz) enquanto mama, come ou bebe?
<i>Anotação do avaliador:</i>		Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:		Usa som "D" em palavra como "dá" para pedir algo?	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?
<i>Anotação do avaliador:</i>		Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Fez cirurgia? Qual (ex: Queiloplastia/palatoplastia):
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Teve alguma complicação após a cirurgia (a cirurgia abriu? Tem fístula- burquinho no céu da boca)?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nónói" para dodói; "mêmê" para bebê?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando a condição acima for observada entre 13 e 18 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Resultado:	Total de alterados: ____ de 3	Total de alterados: ____ de 3	Total de fatores clínicos: ____ de 3
INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS DOS 13 aos 18 MESES DE VIDA: () Comportamentos adequados SEM fatores clínicos (0 comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos alterados SEM fatores clínicos (1 ou + comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos adequados COM fatores clínicos: (0 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos) () Comportamentos alterados COM fatores clínicos: (2 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos)			

A	B	C	D
19-24 meses	O QUE A CRIANÇA ENTEDE	O QUE A CRIANÇA FALA	FATORES CLÍNICOS
Perguntas para o cuidador:	Entende ordem com dois ou mais comandos: vai no quarto buscar a fralda?	Usa sons "Q" ou "C" em palavra como "qué", para quero; "cai" quando ela cai?	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:	Interage quando escuta seu programa favorito: Pepa, galinha pintadinha ou outro?	Usa som "T" em palavra como "oto" para pedir outro biscoito?	Usa ou usou sonda alimentar?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:		Usa som "V" em palavra como "vovó"?	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz, grão de arroz e pedaço de algum alimento) enquanto se alimenta?
<i>Anotação do avaliador:</i>		Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:		Usa frase com 2 palavras: "é meu"; "qué papa" para ir com o papai?	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?
<i>Anotação do avaliador:</i>		Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Fez cirurgia? Qual (ex: Queiloplastia/palatoplastia):
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Teve alguma complicação após a cirurgia (a cirurgia abriu? Tem fistula- buraquinho no céu da boca)?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:			Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nónói" para dodói; "mémê" para bebê?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 19 e 24 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Resultado	Total de alterados: ____ de 3	Total de alterados: ____ de 3	Total de fatores clínicos: ____ de 3
INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS DOS 19 aos 24 MESES DE VIDA: () Comportamentos adequados SEM fatores clínicos (0 comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos alterados SEM fatores clínicos (1 ou + comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos adequados COM fatores clínicos: (0 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos) () Comportamentos alterados COM fatores clínicos: (2 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos)			

A	B	C	D
25-30 meses	O QUE A CRIANÇA ENTENDE	O QUE A CRIANÇA FALA	FATORES CLÍNICOS
Perguntas para o cuidador:	Atende pelo nome?	Usa sons "G" em palavra como "Gui"?	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?
Anotação do avaliador:	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:	Entende verbos: pula, corre, vem, dá?	Usa som "F" em palavra como "feio"; "fui" ou como "fo" para flor?	Usa ou usou sonda alimentar?
Anotação do avaliador:	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:	Entende ordem com três ou mais comandos: me dá a boneca e pega a bola	Usa som "S" no final de palavras como "mais"?	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz, grão de arroz e pedaço de algum alimento) enquanto se alimenta?
Anotação do avaliador:	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:		Usa frase com 3 palavras: "qué mais papa"?	Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?
Anotação do avaliador:		Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Fez cirurgia? Qual (ex: Queiloplastia/palatoplastia):
Anotação do avaliador:			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula-buraquinho no céu da boca)?
Anotação do avaliador:			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
Anotação do avaliador:			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?
Anotação do avaliador:			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?
Anotação do avaliador:			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nónó" para dodói; "mémê" para bebê
Anotação do avaliador:			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 25 e 30 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Resultado:	Total de alterados: ____ de 3	Total de alterados: ____ de 3	Total de fatores clínicos: ____ de 3
INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS DOS 25 aos 30 MESES DE VIDA: () Comportamentos adequados SEM fatores clínicos (0 comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos alterados SEM fatores clínicos (1 ou + comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos adequados COM fatores clínicos: (0 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos) () Comportamentos alterados COM fatores clínicos: (2 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos)			

A	B	C	D
31- 36 meses	O QUE A CRIANÇA ENTENDE	O QUE A CRIANÇA FALA	FATORES CLÍNICOS
Perguntas para o cuidador:	Entende as palavras: quem? O que? Onde?	Usa sons "CH" em palavra como bicho?	Tem ou teve dificuldades para ingerir o alimento?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Perguntas para o cuidador:	Responde perguntas: onde você foi?; o que você fez? Quem te levou?	Usa som "S" em palavra como "sai"?	Usa ou usou sonda alimentar?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:	Reconhece cores, adjetivo, plural, gênero?	Usa frase com 4 palavras: "qué mais papa, nenê"; "qué faze cocô, mamãe"?	Tem ou teve refluxo nasal do alimento (leite saindo pelo nariz, grão de arroz e pedaço de algum alimento) enquanto se alimenta?
<i>Anotação do avaliador:</i>	Considere os comportamentos adequados se a criança apresentar, pelo menos, um dos comportamentos mencionados: () Adequado () Alterado	Considere adequado se a criança apresenta o comportamento acima mencionado: () Adequado () Alterado	Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Tem ou teve condição clínica como pneumonia? Otites recorrentes? Ronco/Apnéia?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Fez cirurgia? Qual:
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Teve alguma complicação após a cirurgia (A cirurgia abriu? Tem fístula-buraquinho no céu da boca)?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Colocou tubinho de ventilação (carretel) na orelha?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			O ar/som escapa pelo nariz? A fala é "fanhosa"?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco quando, pelo menos, uma das condições acima for observada entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Durante a fala, faz sons semelhantes a soquinhos na garganta?
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Pergunta para o cuidador:			Usa muito os sons "m" e "n" como "mómó" para vovó; "nónó" para dodói; "mêêê" para bebê
<i>Anotação do avaliador:</i>			Considere presença de risco se a criança apresenta o comportamento acima mencionado entre 31 e 36 meses de vida: () SEM Risco () COM Risco
Resultado:	Total de alterados: ____ de 3	Total de alterados: ____ de 3	Total de fatores clínicos: ____ de 3
INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS DOS 31 aos 36 MESES DE VIDA: () Comportamentos adequados SEM fatores clínicos (0 comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos alterados SEM fatores clínicos (1 ou + comportamentos alterados e 0 fatores clínicos) () Comportamentos adequados COM fatores clínicos: (0 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos) () Comportamentos alterados COM fatores clínicos: (2 comportamentos alterados e 2 ou mais fatores clínicos)			

Anexos

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instrumento de rastreio do risco de crianças com FLP para alterações de fala

Pesquisador: Caroline Antonelli Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62554216.0.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia de Bauru

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.918.270

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do projeto de Dissertação, de autoria de Caroline Antonelli Mendes sob orientação de Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka.

O presente estudo será realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

O projeto propõe o desenvolvimento de uma ferramenta de rastreio para profissionais da saúde que atuam na atenção primária.

Inicialmente serão criados dois check lists separados: Check List de Fatores de Risco e Check List de Sinais e Sintomas de Alteração de Fala. O Check List de Fatores de Risco será avaliado por cinco profissionais da área da saúde (medicina, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia e odontologia), vinculados ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC, usando-se o questionário EMORY adaptado.

O Check List de Sinais e Sintomas de Alteração de Fala será avaliado por três fonoaudiólogas que atuam no HRAC, usando-se um questionário especificamente adaptado para esta pesquisa pelas pesquisadoras.

Sugestões e comentários aferidos pelos avaliadores serão inseridos no material e uma ferramenta de rastreio será compilada combinando-se, num único documento, o Check List de Fatores de Risco e o Check List de Sinais e Sintomas de Alteração de Fala criando-se assim a ferramenta de

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

UF: SP

Município: BAURU

CEP: 17.012-900

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br

Continuação do Parecer: 1.918.270

rastreio. A ferramenta será aplicada pela pesquisadora em 18 pais-cuidadores de bebês com FLP no HRAC divididos em 6 grupos: 3 pais em cada uma das 6 fases. e será realizado a análise dos prontuários das crianças com fissura Labiopalatina com relação as seguintes aspectos: idade dos pacientes, analisar se a criança apresenta fissura isolada a evolução fonoaudiológica (acompanhamento fonoaudiológico do HRAC e analisar se houve processo de intervenção precoce preventiva).

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um instrumento de rastreio (checklist) para identificação precoce de bebês com FLP com risco para desenvolver ou que já apresentam alterações de fala.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo as pesquisadoras: "Existe o risco de cansaço dos participantes durante o preenchimento do questionário. Caso isto aconteça, os mesmos serão orientados e a interromper para descansar. O estudo será suspenso caso os participantes não queiram ou desistam de participar neste projeto.

Benefícios:

Segundo as pesquisadoras: "O benefício geral deste estudo refere-se à importância em criar uma ferramenta de rastreio para a identificação precoce de bebês com FLP com risco para desenvolver ou que já apresentam alterações de fala podendo contribuir para redução de custos na atenção primária. O benefício direto para o participante será a possível dos bebês com alterações a partir da aplicação do rastreio, seguida de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo prospectivo que os procedimentos a serem aplicados não ferem nenhuma ordem ética que torne a pesquisa inviável. Por outro lado a pesquisa em questão poderá ajudar futuramente a identificação precoce de bebês com FLP com risco para desenvolver alterações de fala.

O projeto havia ficado com pendência devido as inadequações listadas abaixo:

1- Adequar o TCLE dos profissionais do HRAC e Fonoaudiólogas:

- Faltou o objetivo da pesquisa;

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br

Continuação do Parecer: 1.918.270

- Local e o tempo estimado para responder o questionário;
- Espaço da rubrica em todas as páginas;
- Adequar o penúltimo e o último parágrafo conforme está descrito no site:scapesq.blogspot.com

RESPOSTA: Adequações realizadas. PENDÊNCIA ATENDIDA

2- Adequar o TCLE dos Cuidadores:

- Faltou o objetivo da pesquisa;
- Espaço da rubrica em todas as páginas;
- Adequar o penúltimo e o último parágrafo conforme está descrito no site:scapesq.blogspot

RESPOSTA: Adequações realizadas. PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de encaminhamento dos pesquisadores aos CEP;

Formulário HRAC;

Folha de Rosto Plataforma Brasil;

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Termo de Compromisso de Manuseio de Informações;

Termo de Compromisso de Tornar Públicos os Resultados da Pesquisa e Destinação de Materiais ou Dados Coletados;

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável;

Termo de Aquiescência

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadores atenderam a todas as solicitações, portanto sugiro a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa Aprovado Ad Referendum pela Coordenadora do CEP-HRAC-USP.

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

CEP: 17.012-900

E-mail: cephrac@usp.br

Continuação do Parecer: 1.918.270

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios assinados pelos participantes da pesquisa deverão ser entregues ao CEP. Os relatórios semestrais devem ser notificados quando solicitados no parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Apendice_C_Cuidadores_Instrumento_de_Rastreio.pdf	13/02/2017 15:29:14	Renata Paciello Yamashita	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Apendice_B_Fonoaudiologas_do_HRAC.pdf	13/02/2017 15:29:05	Renata Paciello Yamashita	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Apendice_A_Profissionais_do_HRAC.pdf	13/02/2017 15:28:45	Renata Paciello Yamashita	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCLE_no_Projeto_Carolmendes_2017.docx	13/02/2017 15:27:24	Renata Paciello Yamashita	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_771162.pdf	01/02/2017 17:48:50		Aceito
Declaração de Pesquisadores	RespostasCEPcarolineantonellimendes.docx	01/02/2017 17:47:59	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CEPParecer.pdf	01/02/2017 17:34:31	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Carolmendesnov2116JD.docx	01/02/2017 17:34:11	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/02/2017 17:28:21	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Outros	Checklist_Prot_Pesq_106_2016.pdf	01/12/2016 11:38:46	Rafael Mattos de Deus	Aceito

Endereço: Rua Sílvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br

Continuação do Parecer: 1.918.270

Brochura Pesquisa	manuseiomendes2016.pdf	29/11/2016 23:19:02	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemendes2016.pdf	29/11/2016 23:14:04	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	documentosTCLES.docx	24/11/2016 23:33:40	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Caroline_Folha_Rosto.pdf	24/11/2016 23:24:44	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	Caroline_Form_Cadastro_HRAC.pdf	24/11/2016 23:24:03	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	carolineantonellimendesnov2016JD.docx	22/11/2016 11:02:35	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	TermoPublicoMendes.pdf	22/11/2016 08:33:47	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	PesquisadorResponsavelMendes.pdf	22/11/2016 08:33:12	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	ManuseioMendes.pdf	22/11/2016 08:32:40	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	FormularioHRACMendes.pdf	22/11/2016 08:31:45	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	CartaEncaminhamentoMendes.pdf	22/11/2016 08:31:00	Caroline Antonelli Mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	AquiescenciaMendes.pdf	22/11/2016 08:30:40	Caroline Antonelli Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 13 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Renata Paciello Yamashita
(Coordenador)