UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

**ESTUDO COMPARATIVO EM CRIANÇAS COM E SEM FISSURA LABIOPALATINA
ATRAVÉS DO PROTOCOLO DE TRIAGEM DO DESENVOLVIMENTO DE
LINGUAGEM ATÉ 3 ANOS DE IDADE.**

VERA HELENA VALENTE LEIRIÃO

**Tese apresentada ao Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de DOUTOR em Ciências da Reabilitação.**

**Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação
Humana.**

BAURU

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

**ESTUDO COMPARATIVO EM CRIANÇAS COM E SEM FISSURA LABIOPALATINA
ATRAVÉS DO PROTOCOLO DE TRIAGEM DO DESENVOLVIMENTO DA
LINGUAGEM ATÉ 3 ANOS DE IDADE.**

VERA HELENA VALENTE LEIRIÃO
Orientador: Prof. Dr. Antonio Richieri-Costa

**Tese apresentada ao Hospital
de Reabilitação de Anomalias
Craniofaciais da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título
de DOUTOR em Ciências da
Reabilitação.**

**Área de Concentração: Distúrbios
da Comunicação Humana**

BAURU

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

R. Silvio Marchione, 3-20.

Caixa Postal: 1501
17043- 900 – Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 235-8000

Prof. Dr. Adolpho José Melfi – Reitor da USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas – Superintendente do HRAC – USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta tese.

Vera Helena Valente Leirião

Bauru, 07 de Julho de 2003

B733c Leirião, Vera Helena Valente
Estudo comparativo em crianças com e sem fissura labiopalatina através do protocolo de triagem do desenvolvimento da linguagem até 3 anos de idade./ Vera Helena Valente Leirião. Bauru, 2003.
p. 124; il.; 30 cm.

**-Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana)-
HRAC-USP**

Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação)

Orientador: Pr. Dr. Antonio Richieri-Costa

Cópia revisada em 21/10/2003

Descritores: 1- Atraso de linguagem; 2 - Testes de linguagem; 3- Fissura labial/palatina; 4- Prevenção

VERA HELENA VALENTE LEIRIÃO

05 DE AGOSTO DE 1958
Bauru - SP

Nascimento

1979 - 1985	Curso de Licenciatura em Psicologia das Faculdades do Sagrado Coração - Bauru-SP.
1981 - 1984	Curso de Graduação em Fonoaudiologia das Faculdades do Sagrado Coração - Bauru-SP.
Desde 1984 -	Fonoaudióloga do setor de Fonoaudiologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.
1984 - 1987	Docente do Curso de Fonoaudiologia das Faculdades do Sagrado Coração.
1987 - 1988	Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade de Ribeirão Preto.
1990 - 1995	Curso de Pós-Graduação em Educação Especial, ao nível de Mestrado, na Universidade Federal de São Carlos.
Desde 1994	Encarregada do Setor de Técnico do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.
1997	Título de Especialista em Linguagem concedido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia.
1998	Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, ao nível de Doutorado, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

Agradeço, em primeiro lugar,
a Deus,
... pela presença constante em minha vida
... pela força que me impulsiona
... pela luz que conduz

Às crianças e seus cuidadores,
pela disponibilidade de participação e
pelo aprendizado contínuo. Agradeço
ainda, a Instituição sem a qual este
trabalho não seria possível.

DEDICO ESTE TRABALHO

Ao meu marido, Afonso
pelo companheirismo e cumplicidade,
pelo incentivo e participação efetiva,
pela possibilidade de crescimento, na busca
de mais esta nossa conquista !

Aos meus filhos com muito orgulho!

Obrigada pela compreensão nos momentos difíceis.

_ José Afonso:

pelo incentivo na conclusão deste trabalho,
pelo brilhante auxílio como tradutor,

_ Pedro Henrique:

pela valiosa parceria na sua experiência com informática,
pelo carinho e constante disposição.

Aos meus pais,
pela significativa contribuição na minha formação,
constante determinação para alcançar meus objetivos e
aos importantes momentos compartilhados,

Aos meus irmãos,
que ao participarem desta minha caminhada,
com transparência e verdade, solidificamos nossa união,

Aos meus sogros, Breno e Elocildes,
verdadeiros amigos, pelos momentos
de compreensão e carinho,

meu eterno agradecimento!

Agradecimento Especial

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio Richieri da Costa,
por sua dedicação, sem medir esforços,
pela confiança na minha escolha e
pelo fortalecimento dos laços científicos,
com honestidade e respeito.

..."Uma vez que já nos encontremos numa situação difícil,
não é possível mudar nossa atitude com a mera adoção de
um pensamento específico uma vez ou duas. Trata-se, sim,
de um processo de aprendizado de novos pontos de vista,
de treinamento e familiarização com eles"...

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas cujos sonhos, dedicação e oportunidades de beneficiar aqueles que são a razão deste trabalho;

À Profa. Dra. Inge Kiemle Trindade, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação do HRAC-USP, pelo espírito empreendedor na implantação do curso;

À Profa. Dra. Liliam D'Aquino Tavano, Diretora Técnica dos Serviços Complementares ao Diagnóstico e Tratamento Hospitalar do HRAC-USP, por acreditar que este trabalho seria possível, pela confiança e respeito profissional;

Ao Prof. Dr. Alfredo Tabith Filho, Foniatra do HRAC-USP, pelo apoio, competência e brilhantes sugestões;

À Fga Maria Cristina Zimmermann, Chefe do Setor de Fonoaudiologia do HRAC-USP, pela amizade e dedicação à clínica fonoaudiológica;

À amiga e colega Rosana Prado de Oliveira, por partilharmos tópicos fonoaudiológicos comuns, pela força e apoio em momentos tão difíceis;

À Márcia Borges, enfermeira do HRAC-USP, pela amizade e carinho;

À Dra. Maria Leine Guion de Almeida, pela competência e colaboração;

À Profa. Dra. Mariza Ribeiro Feniman, pelo apoio, colaboração e conhecimentos transmitidos;

Ao Prof. Dr. José Roberto Lauris, pelo importante auxílio na realização da análise estatística;

À Profª. Drª. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima, por sua contribuição neste tema tão envolvente, o desenvolvimento da linguagem;

À Profª. Drª. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka Souza por sua palavra amiga, de pesquisadora competente e dedicada;

Às colegas do Setor de Fonoaudiologia do HRAC-USP, bolsistas, alunas e estagiárias pelo apoio e compreensão. Especialmente, para Giovana, Cristianne e Janaína pela grande contribuição;

Às colegas Nancy e Siulan do Setor de Genética Clínica, Ellen da Comunicação, Teresa do Projeto Flórida, da Central de Agendamento, da UEP e a todos que contribuíram, direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

Rômulo Andrade

“Era uma vez um Beija-Flor, fugindo de um incêndio junto com todos os animais de uma floresta. Só que o Beija-Flor fazia uma coisa diferente. Ele tomava gotas de água de um lago e as jogava no fogo.

Um tatu, intrigado, perguntou:

-"Beija-Flor, você acha que vai apagar o incêndio com estas gotas?

-"Com certeza não" respondeu o Beija-Flor.

-"Mas eu faço a minha parte"...

Se todos os educadores do Brasil fizerem a sua parte podemos, unidos, contribuir para despertar a paz no coração dos seres humanos.”

Pierre Weil

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
LISTA DE SIGLAS.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	xi
RESUMO.....	xviii
SUMMARY.....	xix
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	04
3 OBJETIVOS.....	47
4 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	49
4.1 Casuística.....	50
4.2 Material.....	51
4.3 Método.....	52
4.3.1 Aplicação do Teste REEL-2.....	55
4.3.2 Aplicação da Escala ELM.....	57
4.3.3 Aplicação do Teste LDS.....	58
4.3.4 Aplicação da avaliação fonoaudiológica.....	58
4.4 Critério de classificação dos resultados.....	58
4.5 Método estatístico.....	59
5 RESULTADOS.....	60
5.1 Dados de identificação.....	61
5.1.1 Faixa etária.....	61
5.1.2 Sexo.....	62

5.1.3 Classificação socioeconômica.....	63
5.1.4 Procedência.....	64
5.1.5 Cuidadores.....	65
5.2 Tipo e lateralidade da fissura.....	66
5.3 Avaliação audiológica.....	67
5.4 Média de idade na triagem e na palatoplastia.....	68
5.5 Resultados por meio do Teste REEL-2.....	69
5.6 Resultados por meio da Escala ELM.....	70
5.7 Resultados por meio do Teste LDS.....	72
5.8 Resultados por meio da avaliação fonoaudiológica.....	73
5.9 Resultados do relato dos cuidadores.....	75
6 DISCUSSÃO.....	80
6.1 Análise dos resultados obtidos no Teste REEL-2.....	87
6.2 Análise dos resultados obtidos na Escala ELM.....	89
6.3 Análise dos resultados obtidos no Teste LDS.....	92
6.4 Análise dos resultados obtidos na avaliação fonoaudiológica.....	94
6.5 Análise do relato dos cuidadores.....	97
6.6 Considerações gerais.....	100
7 CONCLUSÕES.....	103
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
9 FONTES CONSULTADAS.....	123
ANEXOS	

LISTA DE ABREVIATURAS

FLP - Fissura de lábio e palato

FLP-SO - Fissura de lábio e palato sem otite média

FLP-CO - Fissura de lábio e palato com otite média

FP - Fissura de palato

FTUI - Fissura transforame incisivo unilateral

FTIB - Fissura transforame incisivo bilateral

OM - Otite média

Lgg R - Linguagem receptiva

Lgg E - Linguagem expressiva

AR - Função auditiva-receptiva

AE - Função auditiva-expressiva

V - Função auditiva visual

NL - Normalidade

ATR - Atraso

a - anos

m - meses

dB - Decibel

daPa - Decibel nível de pressão sonora

Hz - Hertz

(+) - Comportamento típico

(+-) - Comportamento emergente ou parcialmente exibido

(-) - Comportamento nunca observado

LISTA DE SIGLAS

HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

USP - Universidade de São Paulo

REEL-2 - Receptive-Expressive Emergent Language Test

ELM - Early Language Milestone Scale

LDS - Language Development Survey

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), de acordo com a procedência	65
Figura 2 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), de acordo com a lateralidade da FTIU	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo dos principais trabalhos sobre desenvolvimento de linguagem nas crianças com fissura labiopalatina	10
Tabela 2 - Principais testes de avaliação do desenvolvimento de linguagem...	31
Tabela 3 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a faixa etária	62
Tabela 4 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com o sexo.....	63
Tabela 5 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a classificação socioeconômica	64
Tabela 6 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com os cuidadores principais	66
Tabela 7- Distribuição dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), de acordo com o tipo e a lateralidade da fissura	67
Tabela 8 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a média das idades na triagem e na palatoplastia	69
Tabela 9 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com os dados de atraso (ATR) e de normalidade (NL) do Teste REEL-2	70
Tabela 10 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com os dados com atraso (ATR) e de normalidade (NL) da Escala ELM.....	71
Tabela 11 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a dados da compreensibilidade de estranhos	72

Tabela 12 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com o Teste LDS	73
Tabela 13 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com encaminhamento após avaliação fonoaudiológica	74
Tabela 14 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com os dados clínicos da avaliação fonoaudiológica	75
Tabela 15 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a recorrência familiar	76
Tabela 16 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a queixa parental de sucção não nutritiva	76
Tabela 17 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a queixa parental de hipoacusia	77
Tabela 18 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a queixa parental de infecções otológicas	78
Tabela 19 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a queixa parental sobre distúrbios da fala	78
Tabela 20 - Correlação da queixa parental de distúrbios da fala e dados da avaliação fonoaudiológica	79

RESUMO

LEIRIÃO VHV. *Estudo comparativo em crianças com e sem fissura labiopalatina através do Protocolo de triagem do desenvolvimento de linguagem em crianças até 3 anos de idade* [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2003.

OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo elaborar um protocolo eficiente para triagem do desenvolvimento de linguagem em crianças da população brasileira, analisar se existem diferenças nas habilidades de linguagem das crianças com e sem fissura labiopalatina (FLP) e verificar se há diferenças no perfil do desenvolvimento de linguagem entre crianças com FLP, com e sem otite média.

MODELO: Prospectivo e amostra aleatória.

LOCAL: Setor de Fonoaudiologia e Ambulatório de Saúde Pública - HRAC- USP.

PARTICIPANTES: Foram avaliadas 163 crianças, sendo 102 com FLP (50 sem e 52 com otite média) e 61 sem FLP, na faixa etária de 22 a 24 meses e de 34 a 36 meses, por ordem de agendamento no HRAC - USP.

INTERVENÇÕES: Aplicação do *Protocolo de triagem do desenvolvimento de linguagem em crianças até 3 anos de idade*, composto dos Testes REEL-2, ELM e LDS e avaliação fonoaudiológica, possibilitando a detecção precoce de crianças de risco para o atraso no desenvolvimento da linguagem.

RESULTADOS: Constatou-se, com diferença estatisticamente significativa, atraso no desenvolvimento da linguagem receptiva pelo Teste REEL-2, em crianças com 3 anos de idade, sendo mais baixo o desempenho naquelas com FLP. A Escala ELM mostrou diferença estatisticamente significativa para a linguagem expressiva com 3 anos de idade, destacando-se o grupo de crianças sem FLP. No Teste LDS os dados foram significativos para crianças com 3 anos, do grupo sem FLP. Todos esses dados foram confirmados pela avaliação fonoaudiológica.

CONCLUSÃO: O protocolo proposto mostrou eficácia, principalmente quando acentua as diferenças existentes em crianças com e sem FLP. Com esses dados, a implantação do protocolo é de alto benefício aos pacientes de risco nesta condição.

DESCRIPTORIOS: 1- Atraso de linguagem; 2- Testes de linguagem; 3- Fissura labial/palatina; 4- Prevenção.

SUMMARY

Leirião VHV. *Comparative Study in Children with and without Cleft Lip/Palate: "A Protocol Screening for Development Language in Children less than 36 Months"*. [Tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Objective: The goals of the present work are: to generate a protocol screening to evaluate the development of language in Brazilian children; to analyse differences existing in language skills in children with/without cleft lip/palate, and to verify differences existing in the profile of language development between children with clefting, with/ without median otitis.

Model: Prospective study based in randomized sampling

Setting: Speech Pathology Section, Public Health Ambulatory, HRAC-USP

Participants: 163 children composed this sample, where 102 presented cleft lip/palate (52 with otitis media and 50 without) and 61 normal children. The age ranged between 22 to 24 months and from 34 to 36 months, according the routine agenda.

Intervention: The Protocol was applied to all children having less than 36 months. It includes the following scales: REEL-2, ELM and LDS, as well as the speech language evaluation, concerning early identification of children at risk for developmental language delay.

Results: Through the Protocol screening we showed that there was significant standard deviation in receptive developmental language delay detected through the REEL-2 Scale, mainly for children with CL/P at age 36 months. The ELM and LDS scales showed significant standard deviation for expressive language delay, mainly in children without clefting at age 36 months. These data were confirmed through speech-language evaluation.

Conclusions: The studied Protocol was efficient in all circumstances, mainly when we take into account the differences existing between children with cleft lip/palate with and without otitis media, and when we also consider the groups with and without CL/P. We suggest that this Protocol should be established as a routine procedure in the evaluation of at risk patients, no matter where they are.

Key Words: 1- Language delay; 2- Language tests; 3- Cleft lip/palate (CL/P), 4- Primary prevention.

1 - INTRODUÇÃO.

Seguindo a perspectiva da linguagem ter como função básica a comunicação, que é a característica humana cuja efetividade faz parte de um sistema dos mais complexos, salientamos seu papel nas relações sociais nas quais são transmitidas as intenções comunicativas por meio das atividades verbais e não-verbais.

Analizando a comunicação como processo dialógico que implica na interação com outro, a construção da linguagem é vista como um processo de partilha, que é precursor da comunicação lingüística e que ocorre no mínimo entre uma díade, podendo ser conhecida por meio de atividades dialógicas entre a criança e seus pais e/ou cuidadores.

Desde o nascimento a criança e seus cuidadores estabelecem formas de interação que resultam no processo da construção da linguagem e de conhecimento do mundo. Ao cuidador é atribuído o papel de co-autor, tão fundamental como ponto de partida do desenvolvimento em questão.

Considerando a inter-relação entre o desenvolvimento da linguagem em crianças, sem síndromes ou outras anomalias congênitas, e a significativa participação dos pais ou cuidadores, nos deparamos com preocupações ainda maiores, quando nos voltamos às crianças com fissura de lábio e/ou palato (FLP). Estas se relacionam não só às alterações anatomofuncionais, mas àquelas sócio-afetivas e psicológicas que podem se desenvolver, desde muito cedo.

Dificuldades na interação da díade e na construção da linguagem podem estar presentes devido aos conflitos, perturbações e dúvidas que acometem

pais e/ou cuidadores de crianças com FLP, em função da perda do filho ideal. Fato este, que traduz a necessidade de trabalho em equipe assistindo as famílias, com programas de intervenção desde a prevenção, avaliação e reabilitação necessárias para melhor integração social e profissional no futuro.

Outras dificuldades surgem no que diz respeito aos métodos de avaliação da linguagem de crianças pequenas da população com e sem FLP, para que esta intervenção possa ser oferecida a tempo, no tocante à avaliação fonoaudiológica, as orientações preventivas e mesmo à fonoterapia, quando indicadas.

Tendo em vista, este posicionamento fonoaudiológico preventivo frente ao processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem no trabalho desenvolvido no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) – USP (Universidade de São Paulo), Bauru; temos uma trajetória de busca incessante na detecção e intervenção a tempo, de dificuldades que possam emergir nesta área, visando minimizar ou eliminar possíveis alterações.

Ao analisarmos a grande demanda, no HRAC, de crianças pequenas com FLP, dentre elas as de risco em relação aos distúrbios da comunicação procedentes de vários lugares do Brasil ou de países vizinhos, nos propomos a sugerir um protocolo para triagem do desenvolvimento da linguagem e investigar suas características, numa população de falantes do Brasil, com e sem fissura.

2 - REVISÃO DE LITERATURA.

As fissuras de lábio e/ou palato (FLP) são malformações congênitas de prevalência relativamente grande na literatura, que afeta em média 1 para cada 1000 nascimentos (ECLAMC 2002). Estudos estatísticos na cidade de Bauru, localizada no Estado de São Paulo, indicam prevalência dessas malformações em 1 criança para cada 650 nascimentos e maior incidência no sexo masculino, na raça amarela e, em menor número, na raça negra (Tabith Júnior 1980, Capelozza Filho e Silva Filho 1992, Silva Filho et al 2000).

As FLP são malformações congênitas resultantes da ausência de fusão de um ou mais processos embriológicos que constituem o primórdio da face. A falha na fusão do processo frontonasal e maxilar, aproximadamente na 6ª semana do desenvolvimento embriológico, caracterizam as fissuras de lábio (FL) e as fissuras de lábio e palato (FLP). Por volta da 9ª semana, em decorrência da não fusão das placas palatinas do processo maxilar, ocorrem as fissuras de palato (FP) (Tabith Júnior 1980 e Silva Filho et al 2000). Portanto, dependendo de quando ocorre a ação de fatores etiológicos, o resultado pode refletir-se em fissura de lábio, de lábio e palato ou de palato isolada. O lábio pode ser afetado unilateralmente, bilateralmente ou na porção mediana e o palato, em duas porções: envolvendo o palato duro ou o palato mole (Lessa e Carreirão 1981).

Torna-se mais prático, para melhor entendimento da extensão da fissura, analisá-la a partir de um sistema de classificação. Embora sejam muitos os sistemas apresentados na literatura, no HRAC, USP, Bauru, é utilizada, até os

dias de hoje, a classificação de Spina et al (1972), já modificada por Silva Filho et al (1992), em decorrência de sua objetividade.

O sistema de classificação referido foi fundamentado em bases embriológicas da fissura e teve como referência o forame incisivo, que é o ponto de união das estruturas limites entre o lábio e palato. Essa classificação compreende quatro grupos: a) fissura pré-forame incisivo, localizada na frente do forame incisivo; b) fissura pós-forame incisivo, localizada atrás do forame; c) fissura transforame incisivo, que acomete todo o lábio e palato até a úvula, de origem embriológica no palato primário e secundário e d) fissuras raras da face, desvinculadas do palato primário e secundário e com origem embriológica diversa. Dentre as FLP, as mais freqüentes, de acordo com Capellozza Filho e Silva Filho (1992), são as fissuras transforame incisivo unilaterais, sendo representadas por 19,5% do lado esquerdo e 10% do lado direito.

Os indivíduos com FLP necessitam, desde o nascimento, de intervenção interdisciplinar, que inclui a realização de cirurgias reparadoras. As cirurgias plásticas primárias do lábio (queiloplastia) e do palato (palatoplastia) devem ser preferencialmente realizadas na infância e as denominadas secundárias (correção de fístulas, faringoplastia, etc...), de finalidade estética ou funcional quando indicadas durante o processo de reabilitação. As etapas cirúrgicas estabelecidas no HRAC, USP, Bauru, foram definidas de acordo com o tipo de fissura, sendo a queiloplastia primária indicada aos 3 meses (m) de idade e a palatoplastia, com 1 ano (a) (Capellozza Filho e Silva Filho 1992). A época de realização é assunto de controvérsia entre os estudiosos do tema e tem sido muito discutida, isto se deve à busca de alcançar melhores resultados na

comunicação verbal das crianças com essa condição (Pamplona 2000, Suguimoto 2002).

Melhor prognóstico é atribuído às crianças cujo tratamento se inicia nos primeiros meses de vida (Silva Filho et al 2000). Outros fatores que influenciam o prognóstico são: extensão da fissura e participação efetiva do paciente e da família, no seguimento da seqüência adequada das etapas terapêuticas. Para atingir essas metas é necessário assistência integrada da equipe especializada, visando o conjunto paciente-família, pois não são incomuns reações complexas dos pais diante do nascimento de uma criança com malformação congênita, reforçando a importância do vínculo pais-filho nesse momento e suas implicações para o desenvolvimento saudável da criança, principalmente no que tange à linguagem (Tfouni e Ferrioli 2001).

Definir distúrbios de linguagem é um processo complexo, por isso optamos pelo mais simples de todos, que é o de Wetherby et al (1989), considerando-o como atraso ou diferença durante a aquisição das intenções comunicativas. A emissão das primeiras palavras ocorre por volta de 12 a 18m, o que dificulta a identificação do atraso de linguagem, nas situações que ocorrem precocemente, entre 18 a 24m, ou aqueles que são detectados na pré-escola, piorando o prognóstico. As crianças com distúrbios de linguagem costumam ter padrão típico de comunicação gestual, normalmente evidente no início do desenvolvimento comunicativo, fazendo com que o gesto possa ser fator significativo na identificação precoce dos distúrbios da comunicação.

Os distúrbios da comunicação dos portadores de FLP são representados por atraso no desenvolvimento de fala e linguagem, além de alterações articulatórias e vocais (Bzoch 1997b, Tabith Júnior 1988 e Nelli et al 1994).

O restrito número de investigações relativas ao comportamento da linguagem oral das crianças com FP e a riqueza da literatura em estudos sobre a articulação e balanceamento da ressonância oronasal são relatados por Faircloth e Faircloth (1971), nos quais a articulação dos fonemas, a inteligibilidade da fala e a hipernasalidade são mais detalhadamente investigadas. Tabith Júnior (1980) sustentou o mesmo parecer, justificando a pouca atenção aos distúrbios do desenvolvimento da linguagem, em detrimento do interesse voltado à intensidade e incidência dos distúrbios articulatórios e vocais.

Segundo Fox et al (1978), a maioria dos estudos relativos às crianças com FLP ocorre depois dos 3a, contudo alertam que devido ao déficit de desenvolvimento observado em crianças mais velhas e adultos com FLP, o distúrbio deve ser identificado mais precocemente, ou seja, antes dos 3a de idade, já que existe tendência para o atraso no desenvolvimento verbal e não-verbal. Para isso existem testes variados que podem ser aplicados no atendimento de rotina, por vários profissionais, às crianças com maior risco e que necessitem de avaliações cuidadosas e periódicas. A intervenção precoce é indicada e deve ter como enfoque a estimulação pré-escolar, referente aos padrões verbais e não-verbais, e as orientações médicas e nutricionais constantes. Otite média (OM) precisa ser sempre cuidadosamente avaliada e, quando presente, tratada, a fim de minimizar alterações verbais, sociais e ocupacionais, que podem estar presentes em adultos com FLP (Fox et al 1978).

Dificuldades para a mensuração das habilidades de compreensão de crianças com FLP são mostradas em alguns estudos, os quais indicam atraso

nessas habilidades e na produção verbal, quando comparadas com crianças normais e da mesma idade (Long e Dalston 1983). Os autores concluíram que na idade de 1a não foram observados déficits de compreensão em crianças com fissura transforame incisivo unilateral (FTIU) e transforame incisivo bilateral (FTIB), quando comparadas às crianças normais, embora pudessem aparecer mais tardiamente no indivíduo com FLP.

Para Wyatt et al (1996), a dificuldade na interpretação de resultados de fala decorrem da utilização de metodologias diferentes, ou mesmo de metodologias falhas. Pesquisas recentes confirmam a presença de desvio natural no desenvolvimento pré-verbal de crianças com FLP. Esta visão fica clara no trabalho de Kritzinger et al (1996), o qual, após avaliação de 44 crianças com FLP, entre 3 e 31m de idade, da África do Sul, mostra repertório fonético limitado e atraso de linguagem expressiva estatisticamente significativa. Em relação ao desenvolvimento motor, não houve diferença estatisticamente significativa e os desenvolvimentos cognitivo-perceptivo, sócio-pessoal e de linguagem receptiva estavam na média. OM crônica com efusão estava presente em 64% das crianças; 26% apresentavam perda auditiva leve ou patologia de orelha média e o restante era atribuído a outras anomalias associadas. Esse posicionamento é freqüente e de consenso entre diversos estudos pertinentes, encontrados na literatura (Fox et al 1978, Lynch et al 1983, Long e Dalston 1983, Coplan 1985, Pecyna et al 1987, Chapman 1991, Nelli et al 1994, Jocelyn et al 1996, Ward 1999, Nakajima et al 2001 e Hutters et al 2001).

A tabela 1 mostra o resumo dos principais trabalhos nesta área.

Tabela 1 - Resumo dos principais trabalhos sobre desenvolvimento de linguagem nas crianças com fissura lábiopalatina

DATA	AUTORES	OBJETIVO	AMOSTRA	MÉTODO	RESULTADOS
1978	Fox et al	Apresentar padrões de desenvolvimento verbal e não-verbal das crianças com e sem FLP	24 crianças com FLP 24 crianças sem fissura Faixa etária: 2 a 33m. Exclusão: crianças com FL isolada	Denver Developmental Screening Scale (DDS) Receptive-Expressive Emergent Language Scale (REEL) Birth- 3 Scale (B-35)	Dados com diferença estatisticamente significativa - grupo com FLP abaixo nas três escalas.
1983	Long e Dalston	Discutir habilidades e produções verbais iniciais de crianças caucasianas	10 crianças: 7 meninos e 3 meninas com FTIU e FTIB 10 crianças sem fissura: 7 meninos e 3 meninas Faixa etária: 12 e 13m	Anamnese Avaliação audiológica (audiometria) Filmagem de interações mães e filhos: brincadeiras pré-estabelacidas Avaliação das filmagens por fonoaudiólogos doutorandos e pós-doutorandos	Dados sem diferença estatisticamente significativa - grupo com FTIU e FTIB não manifestaram déficit de compreensão com 1 ano.
1983	Lynch et al	Comparar a produção de sons de crianças com FTIB	2 crianças com FTIB (pós-palatoplastia). Faixa etária: 1ª avaliação: de 29 a 37m 2ª avaliação: de 5 e 7a	Filmagem de interações espontâneas entre pais e suas crianças. Reavaliação das habilidades de Lgg fonológica Templin-Darley Tests of Articulation	Dados sem diferença estatisticamente significativa - grupo com FLP mais lento no uso dos fonemas e tamanho do repertório.
1991	Chapman	Obter informações adicionais das vocalizações iniciais de bebês com FLP	10 crianças: 5 com FLP (pré-palatoplastia). 5 crianças sem FLP. Faixa etária: 12m a 14m #Crianças com FLP com OM e tubo de ventilação	Filmagem de interações das mães com seus bebês	Dados sem diferença estatisticamente significativa - grupo com FLP emitiu menos consoantes, plosivas e produção multissilábicas.
1995	Scherer e D'Antonio	Investigar a eficácia de um questionário aplicado aos pais, como parte da triagem do desenvolvimento precoce da Lgg	30 crianças com FLP não sindrômicas. 30 crianças sem FLP. Faixa etária: 16 a 30m	MacArthur Communicative Development Inventory: Toddler (CDI: Toddler), aplicada por pediatras. Triagem de fala e Lgg abrangente, aplicada por um fonoaudiólogo.	Dados com diferença estatisticamente significativa - grupo com FLP mostrou atraso no desenvolvimento da lgg expressiva, inventário fonêmico limitado e inteligibilidade prejudicada.

continua

continuação

Tabela 1- Resumo dos principais trabalhos sobre desenvolvimento de linguagem nas crianças com fissura lábiopalatina

DATA	AUTORES	OBJETIVO	AMOSTRA	MÉTODO	RESULTADOS
1996	Jocelyn et al	Comparar medidas de desenvolvimento cognitivo, habilidades de fala e Lgg e condição audiológica entre crianças com e sem FLP	16 crianças com FLP 16 crianças sem fissura. Faixa etária: 12 e 24m Exclusão: crianças com perda auditiva neurossensorial	Bayley Scales of Infant Development Receptive-Expressive Emergent Language Scale (REEL) Sequenced Inventory of Communication Development - Revised (SICD-R) Preschool Language Scale-Revised (PLS-R) Mean Length of Utterance (MLU) Avaliação audiológica (audiometria e impedanciometria)	Dados com diferença estatisticamente significativa - grupo com FLP: a) SICD-R/PLS-R: atraso de lgg receptiva e atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor; b) REEL/SICD-R/PLS-R: atraso de lgg expressiva. Observou-se maior frequência de alterações de orelha média.
1997	Neiman e Savage	Utilizar medidas de relatos de pais para descrever o processo de desenvolvimento	186 crianças: 48 com FL, 46 com FP e 92 com FLP Faixa etária: 5, 23, 25 e 36m (46 crianças por faixa etária)	Kent Infant Developmental Scale (KID) Minnesota Child Development Inventory (MCDI)	Grupo com FP: a) 5m - risco para atraso de lgg, motor e no domínio de auto-ajuda; b) 13m - atraso no domínio motor; c) 36m - atraso na lgg expressiva, com diferença estatisticamente significativa.
1998	Broen et al	Comparar o desenvolvimento lingüístico e cognitivo	28 crianças com FP 29 crianças sem fissura Faixa etária: 24m	Bayley Scales of Infant Development Minnesota Child Development Inventory Mean Length of Utterance (MLU)	Grupo com FP: dados com diferença estatisticamente significativa abaixo da normalidade, incluindo número de palavras adquiridas.
2001	Nakajima et al	Comparar o desenvolvimento de fala de crianças com três tipos de fissura	28 crianças com FTIUB 74 crianças com FTIU 33 crianças com FP isolada. 168 crianças sem fissura. Faixa etária: 18m	Wechsler Preschool Primary Scale of Intelligence (WPPSI)	Grupo com FTIB: a) Wechsler Preschool - sentenças de duas palavras mais tarde e meninos 2m mais atrasados, com diferença estatisticamente significativa; b) WPPSI - menor pontuação verbal, sem diferença estatística entre os gêneros; c) atraso no desenvolvimento da fala. Grupo FTIU e FP: resultados similares ao normal. Grupo bilateral pior.

continua

conclusão

Tabela 1 - Resumo dos principais trabalhos sobre desenvolvimento de linguagem nas crianças com fissura lábiopalatina

DATA	AUTORES	OBJETIVO	AMOSTRA	MÉTODO	RESULTADOS
2001	Hutters et al	Estudar o desenvolvimento de fala de crianças holandesas com e sem FLP	13 crianças: 11 com FTIU e 2 com FTIB 17 crianças sem FLP Faixa etária: 1 e 3a #As crianças receberam intervenção otológica e os pais orientações fonoaudiológicas.	1ª Avaliação: com 1a filmagens em casa de interações das mães e bebês. 2ª Avaliação: com 3a filmagem no Centro de Fissura de Palato de Copenhagen, com álbum de figuras foneticamente balanceado.	Grupo FTIU/FTIB - atraso de fala. Crianças com 1 ano antes da cirurgia, emitiram menos consoantes.

Legenda: FLP-fissura de lábio e palato; FL-fissura de lábio; FP-fissura de palato; FTIB-fissura transforame bilateral; FTIU-fissura transforame unilateral; Lgg-linguagem; OM-otite média; a-anos; m-meses

FONTE:

Broen PA, Devers MC, Doyle SS, Prouty JM, Moller KT. Acquisition of linguistic and cognitive skills by children with cleft palate. *J Speech Lang Hear Res* 1998; 41:676-87.

Chapman K. Vocalizations of toddlers with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1991; 28:172-8.

Fox D, Lynch J, Brookshire B. Selected developmental factors of cleft palate children between two and thirty-three months of age. *Cleft Palate J* 1978; 15:239-45.

Hutters B, Bau A, Brondsted K. A longitudinal group study of speech development in Danish children born with and without cleft lip and palate. *Int J Lang Commun Disord* 2001; 36:447-70.

Jocelyn LJ, Penko MA, Rode HL. Cognition, communication, and hearing in young children with cleft lip and palate and in control children: longitudinal study. *Pediatrics* 1996; 97:529-34.

Long NV, Dalston RM. Comprehension abilities of one-year-old infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1983; 20:303-6.

Lynch JI, Fox DR, Brookshire BL. Phonological proficiency of two cleft palate toddlers with school-age follow-up. *J Speech Hear Disord* 1983; 48:274-85.

Nakajima T, Mitsudome A, Yosikawa A. Postoperative speech development based on cleft types in children with cleft palate. *Pediatr Int* 2001; 43:666-72.

Neiman GS, Savage HE. Development of infants and toddlers with clefts from birth to three years of age. *Cleft Palate Craniofac J* 1997; 34:218-25.

Scherer NJ, D'antonio LL. Parent questionnaire for screening early language development in children with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1995; 32:7-13.

Nation (1970) demonstrou, em crianças com FP, na faixa etária de 34 a 63m atraso verbal e não verbal, relacionado a efeitos ambientais. Crianças com FLP foram significativamente menos proficientes do que crianças sem FLP, na compreensão e uso do vocabulário, o que pode ser atribuído ao período de hospitalização e à perda auditiva leve dessa população. Os achados são concordantes com os de Fox et al (1978), que além disso ainda ressaltam a gravidade da fissura, o sexo e o peso, que podem interferir freqüentemente no desenvolvimento da criança.

O atraso no desenvolvimento da linguagem expressiva foi identificado por Bzoch (1997b), em 502 das 1000 crianças com FP, como um dado freqüente após o 1º ano de vida. Descreveu o uso da linguagem gestual e muitas vocalizações simples, nos 3 primeiros anos de idade e freqüentes omissões de fonemas e sílabas inteiras desenvolvendo inteligibilidade de fala bastante prejudicada, às vezes ininteligível, difíceis de se entender, principalmente, para pessoas de fora do núcleo familiar. O uso atrasado da fala, levando a habilidades de linguagem expressiva também atrasadas, concomitante, com bom nível de linguagem receptiva e interna, freqüentemente desencadeia problemas no aprendizado da articulação, não diretamente causados pela inadequação velofaríngea e que repercutem na idade escolar. Comenta o autor, que crianças com estruturas anatomofuncionais do mecanismo velofaríngeo normais também apresentam esses problemas quando são hospitalizadas ou superprotegidas.

Considerando os efeitos ambientais como um dos fatores causais dos distúrbios de linguagem, em portadores de fissura, Tabith Júnior (1980,1988) discorreu sobre a inadequação das atitudes parentais, que pode prejudicar o

relacionamento afetivo no binômio pais-filho. Isto se deve ao baixo nível de modelos lingüísticos referentes à perda do filho idealizado, sentimentos negativos e reações desintegradoras dos padrões familiares. Da mesma forma relacionou o despreparo de profissionais para orientações adequadas sobre a deformidade, a falta de incentivo à amamentação natural e outras causas que possam desencadear frustrações maternas. A privação de fatores afetivo-nutricionais e mesmo a estimulação inadequada da musculatura orofacial também concorrem para isto. O autor teceu, ainda, comentários sobre a influência negativa dos exames realizados pelas equipes, a necessidade de cirurgias, o período de hospitalização e a permanência dos distúrbios articulatorios compensatórios após cirurgias consideradas bem sucedidas.

O nascimento de crianças com malformação congênita pode desencadear reações complexas nos pais, fato bem explorado na literatura (Drotar et al 1975, Richman e Eliason 1993 e Young et al 2001). Os pais parecem ter dificuldades com questões comuns e evidentes reações emocionais, dispostas em uma seqüência hipotetizada por Drotar et al (1975). A seqüência das reações parentais foi dividida em 5 estágios: a) choque; b) negação; c) tristeza, raiva e ansiedade; d) adaptação e f) reorganização. Os programas de intervenção contribuem no afeto e ajustamento parental, enquanto outros estudos determinam a efetividade de modelos de intervenção para o aconselhamento nas diferentes fases e melhoram o ajustamento parental e a administração de cuidados adicionais a essas crianças.

O estresse devido o nascimento de crianças com defeito físico, segundo Richman e Eliason (1993), pode ser traumático e exacerbado, principalmente quando a deformidade é facial. São diversas as reações negativas descritas

pelos pais, tais como: tristeza, ansiedade, confusão, depressão, choque, raiva, frustração, inadaptação, incredulidade, afastamento e ressentimento, tais fatores podem conduzir a família à desintegração, mas também podem fortalecer a união. Apesar de tantas preocupações iniciais, as intervenções médico-cirúrgicas contribuem positivamente no processo de ajuste satisfatório e formação de vínculo entre mãe-filho. Durante os anos da pré-escola é essencial a intervenção quando houver atraso no desenvolvimento, especialmente relacionado aos distúrbios de fala, problemas de audição ou emocional.

Segundo Chapman e Harding (1991), vários estudos sugerem que a interação entre mães-crianças sem alteração, demonstram relação entre a qualidade e o conteúdo dessa interação e o crescimento subsequente da linguagem. Analisando a díade mães-crianças com deficiência, embora controversas, foram encontradas diferenças na natureza de suas interações, como as mães mais diretivas, controladoras e com mais iniciativas quando comparadas a seus pares. As mães de crianças com FLP são consideradas de risco para problemas de interação por serem incapazes de responder adequadamente aos esforços da criança em se comunicar, devido suas dificuldades para se alimentar e produzir vocalizações normais, afetando a receptividade materna, o tipo e quantidade de “entrada lingüística” paralela aos parâmetros fonológicos, sintático, semântico e pragmático; ou mesmo por apresentarem maior grau de desinteresse materno do que as outras mães; ou ainda com instruções que conduzem as crianças a comunicações não-verbais. Chapman e Harding (1991) ao examinarem 26 díades de mães-crianças, subdividido em 2 grupos iguais, com e sem FLP, entre 1a2m e 3a de idade,

observaram poucas diferenças entre a linguagem materna direcionada às crianças com FLP em comparação àquelas sem FLP. Entretanto, advertem que quando as diferenças existirem deveriam ser vistas como ajustes necessários, para se compensar incompetências de comunicação supostas ou reais dessas crianças. Propostas de avaliação para crianças com FLP, que também apresentam atraso nesse desenvolvimento, devem incluir aquelas de comportamentos interativos entre mães-crianças, para que padrões problemáticos possam ser identificados e tratados com enfoque na promoção de interações de sucesso.

Os fatores estruturais referem-se às diferenças fisiológicas que podem desencadear problemas no desenvolvimento da fala e linguagem nas crianças com FLP (Faircloth e Faircloth 1971). Essas crianças nascem inadequadas às funções vegetativas primitivas e desenvolvem outras posturas fisiológicas e movimentos impróprios para o desenvolvimento da competência fonética, silábica e sintática. Tal inadequação interfere no comportamento de fala e linguagem emergentes, apresentando código lingüístico cronologicamente primitivo e de menor complexidade, devido ao esforço inconsciente para alcançar a inteligibilidade de fala. Dessa forma, crianças com FLP, objetivando a eficiência da produção articulatória e fonética, tendem a reduzir o comprimento e complexidade da sentença, assim como o comprimento do vocábulo, mantendo, porém, precisa a mensagem.

Lynch et al (1983) confirmaram a lentidão da produção dos sons em 2 crianças com FP, comparadas às normais, considerando também a influência das alterações estruturais. Os resultados desse estudo longitudinal foram similares quanto à ordem e proporção do desenvolvimento fonêmico, mas

diferiram no domínio das consoantes. Com base nesses achados, foram indicados programas de fonoterapia na pré-escola, com ênfase no desenvolvimento da fala ou na correção articulatória.

Corroborando os dados acima, Chapman (1991) estabeleceu ainda a alta incidência de infecções da orelha média, associada à perda auditiva condutiva, além das constantes hospitalizações, como fatores intervenientes ao desenvolvimento de linguagem de crianças pequenas com FLP, considerando-as de risco.

Neiman e Savage (1997) referem as restrições motoras devido a hospitalização, os ajustes ambientais e posturais, as angústias vivenciadas durante a alimentação e o comprometimento nas habilidades de auto-ajuda, que podem prejudicar desenvolvimento normal da linguagem, principalmente quando há maior ocorrência de OM e perda auditiva nestas circunstâncias.

Hutters et al (2001), em seus estudos, proporcionaram evidências de que as crianças com FP, principalmente quando submetidas à cirurgia após o início da fala, apresentam risco no desenvolvimento, nessa área, diferindo substancialmente das crianças sem FLP, aos 3a de idade. As alterações de fala são causadas tanto por fatores relacionados ao seu desenvolvimento, como pela condição anatômica da fissura. A prática e o feedback são essenciais para o desenvolvimento normal. Esses achados confirmam os dados da literatura, que apontam o atraso de fala nas idades de 1 e 3a, no grupo com FLP.

Schöenweiler et al (1996) consideraram a importância da relação entre a alta ocorrência de problemas auditivos em crianças com FP e problemas de fala. Das 417 crianças com FP, excluindo fissura de lábio isolada, 92%

apresentaram esse tipo de alteração e em 80% predominavam audição flutuante e OM com efusão. Ressaltaram que avaliações otológica, audiológica e da fala e linguagem são pré-requisitos para o planejamento e conseqüente eficiência na reabilitação.

Golding-Kushner (2001) não observou relação entre presença da FLP e maior probabilidade de atraso de linguagem. Segundo a autora, a FLP por si só não predispõe as crianças ao atraso de linguagem, mas pode experienciá-las da mesma forma e na mesma freqüência que as crianças sem FLP. Atenção especial foi dada à alta ocorrência de otites, às constantes hospitalizações e outros fatores que apresentam riscos para o atraso da linguagem e, conseqüentemente avaliações cuidadosas devem ocorrer desde o 8º mês de vida e no mínimo, anualmente. Revelou, ainda, sua preocupação com crianças com FLP, portadoras de síndromes que só se manifestam mais tarde e que possam ser inicialmente, diagnosticadas como portadoras de fissura isolada, quando, na verdade, representam entidades sindrômicas. Aos pais deve ser indicado trabalho de prevenção de atrasos ou distúrbios de linguagem e treinamento desde muito cedo, enfocando o desenvolvimento normal da linguagem e sua seqüência, já que as habilidades de linguagem receptiva e expressiva estão relacionadas à função simbólica da comunicação.

Vários estudos têm chamado a atenção para a maior ocorrência da perda auditiva na população de crianças com FLP (Helias et al 1988, Feniman e Souza-Freitas 1991, Feniman, et al 1999 e Ward 1999) em relação àquelas sem FP, conforme outros trabalhos (Hemm 1987, Nsouli et al 1994, Hatcher et al 1995, Berman 1995, Minja e Machemba 1996 e Sancho Matín et al 1997).

Whitehurst e Fischel (1994) no estudo de pré-escolares sem FLP, mostraram freqüente desenvolvimento lento de linguagem em crianças de 2 a 3a de idade. O atraso nessa época, foi caracterizado como fator de risco, ao invés de distúrbio, além do que, para os autores, a maioria dessas crianças alcançou o limite normal aos 5a, conforme dados mostrados também em outros trabalhos (Visini et al 1998 e Paul et al 1993).

Hatcher et al (1995), avaliando crianças sem FLP, em escolas no Kenya, mostram a relação existente entre alteração auditiva com OM crônica supurativa e com cerúmen obstruindo o meato acústico externo. Sugerem programas de atenção escolar, visando a triagem clínica e prevenção da OM crônica supurativa.

Minja e Machemba (1996) investigaram crianças que freqüentavam escola primária na zona rural e urbana da Tanzânia, por meio de otoscopia e audiometria de tom puro e detectaram a baixa ocorrência de OM crônica supurativa na zona urbana, em contraste com a rural. Atribuíram tal fato à melhor qualidade dos serviços médicos prestados na primeira.

O diagnóstico precoce e tratamento da OM em crianças normais também foi recomendado por Berman (1995), pois dados epidemiológicos e etiológicos apontam a OM como a principal contribuinte à deficiência auditiva em países desenvolvidos responsável por aproximadamente 1/3 dessa população com deficiência auditiva.

OM serosa é uma das causas mais comuns de perda auditiva adquirida e decorre da inflamação crônica da camada mucoperiosteal da tuba auditiva, orelha média e células da mastóide (Hölm e Kunze 1969 e Nsouli et al 1994). Maior ocorrência de OM parece prevalecer nas faixas etárias de 6 a 24m e de 5

a 6a e estima-se que 10 milhões de crianças americanas apresentam-na anualmente, o que traduz-se na queixa otorrinolaringológica mais freqüente (Hölm e Kunze 1969 e Nsouli et al 1994).

Os episódios de OM serosa são de curta duração, mais freqüentes em meninos sem FLP e parecem estar relacionados com alterações no desenvolvimento da linguagem (Hölm e Kunze 1969). Crianças com perda auditiva flutuante, decorrente de OM crônica, estavam significativamente atrasadas no desenvolvimento de todas as habilidades da linguagem testadas, quando comparadas ao grupo controle e a diferença entre os grupos era maior nos testes que dependiam das habilidades auditiva e vocal ao contrário daqueles dependentes das habilidades motora e visual. As possíveis implicações no aprendizado escolar, a necessidade dos pais estarem atentos à flutuação da audição e a existência de programas escolares para a avaliação sistemática da audição também foram ressaltadas (Hölm e Kunze 1969).

Para Bishop e Edmundson (1986), a história da OM é causa importante de distúrbios do desenvolvimento da linguagem e educacional, caso confirmadas essas alterações após a audição ter voltado ao normal. Sendo assim, avaliaram 69 crianças de 4a de idade, com distúrbio específico de linguagem, por meio de questionário direcionado aos pais, inquirindo sobre histórias de infecções de orelha média, alteração familiar de linguagem e fatores de risco perinatal ou neurológico. Comparando as crianças com distúrbios de linguagem, com e sem história de OM recorrente, os dados não revelaram diferenças no número de episódios dessas infecções, mas detectou-se maior número de atendimento médico de crianças com distúrbio de linguagem e com OM, o que sugere que o encaminhamento havia sido determinado não só pela

infecção da orelha média, mas também pela condição da linguagem da criança. Não houve diferença na gravidade do distúrbio de linguagem, mas a OM representa fator etiológico importante, sendo considerado um dos fatores de risco perinatal.

Analisando a relação da linguagem e audição com alterações comportamentais, Funk et al (1986) encontraram predominância dessas alterações nas crianças sem FLP, com distúrbios de linguagem, quando comparadas àquelas sem tais alterações, principalmente na mensuração de comportamentos cognitivos e interativo-sociais. Num total de 12 crianças com OM crônica, alteração auditiva e distúrbios de linguagem foi utilizada, como instrumento de avaliação, um questionário a ser respondido por cuidadores e professores (Louisville Behavior Checklist) (Miller 1981 citado por Funk et al 1986 p.259). Verificaram os autores que o envolvimento referente às habilidades pragmáticas eram responsáveis principalmente pelos problemas de comportamento, devido à frustração resultante dos efeitos interpessoais dos déficits no processamento da linguagem (Funk et al 1986).

OM crônica com efusão está relacionada com comprometimento da inteligência, sucesso acadêmico e comportamento na classe, durante a pré-escola e escola primária na infância (Roberts e Schuele 1990). Correlacionaram ainda, a perda auditiva leve flutuante e restrições de interações da criança com o ambiente. Uma delas diz respeito à recepção de um sinal auditivo parcial ou inconsistente, que resulta na interpretação alterada de importantes informações auditivas e na forma ineficaz da decodificação da mensagem. Uma outra, refere-se à menor oportunidade de estabelecer bases de conhecimento sobre as quais se desenvolve o conteúdo, a forma e o uso da

linguagem. Assim sendo, concluíram que a perda auditiva associada à OM crônica com efusão traz dificuldades na aquisição da fala e linguagem, que afetam o sucesso acadêmico, especialmente referente à leitura. Os problemas de audição muitas vezes manifestam-se no ambiente escolar, como distração e inabilidade para trabalhos individuais, além do que a presença do ruído de fundo pode dificultar a atenção que deve ser prestada ao professor (Roberts e Schuele 1990).

Paradoxalmente, Paul et al (1993), em seu estudo longitudinal em crianças normais e com atraso de linguagem verbal, entre 20 e 34m, durante 2a, não apontaram OM como indicador de risco para atraso do desenvolvimento da linguagem expressiva, pelo menos até a idade de 3a, indicando que a maioria das crianças com desenvolvimento mais lento passava a estar próxima da normalidade por volta dos 4a, mesmo aquelas com OM. Os resultados indicavam risco maior para dificuldades persistentes na articulação, sendo necessário, no entanto, considerar que os mesmos podem estar mascarados, já que crianças menores de 3a apresentam relativa pobreza nas habilidades verbais e que crianças sem história de OM melhoram com a maturação.

Esses achados são corroborados por Visini et al (1998), ao examinarem as características lexicais de 17 crianças entre 24 e 47m, com história de demora ou lentidão na aquisição da linguagem expressiva (grupo experimental), comparadas com 49 crianças de 13 a 24m, com desenvolvimento de linguagem normal. O objetivo era determinar o tamanho do vocabulário e os dados foram coletados utilizando, como instrumento de medida, relatos de pais, no qual o vocabulário expressivo de crianças com atraso de linguagem é o mesmo do grupo normal.

Discutindo sobre a OM e sua relação com o desenvolvimento das habilidades semântica e pragmática, no período pré-escolar, Hemm (1987) encontrou, como fator significativo, o efeito da idade e obteve resultados que revelavam diferenças não significantes para o grupo predisposto à otite. Contudo, analisando os escores médios das crianças com 5a de idade, o grupo com história de vários episódios de OM até os 2a de idade não apresentou performance tão boa nas medidas dessas habilidades, quanto o grupo não predisposto à otite, ou seja, com apenas um episódio de OM.

Ao analisarmos os achados de Ward (1999), observamos uma correlação positiva entre histórias de infecções de vias aéreas superiores e performance nas avaliações audiológicas de crianças sem FLP, resultando em atraso na aquisição de linguagem, identificado na triagem durante o 1º ano de vida. Foi considerado que 3 episódios ou mais de otite eram motivo de risco para perdas auditivas condutivas flutuantes não detectadas. Intervenção apropriada a essas crianças e em especial àquelas com FLP foi recomendada pelo autor, devido à alta frequência de otites de repetição nesta última população.

Estudando uma população de crianças com FP, Sancho Martín et al (1997) encontraram ocorrência de OM serosa em 84,8% de 40 crianças, entre 8 a 48m de idade, que realizaram tratamento otológico, incluindo colocação do tubo de ventilação, confirmando assim a elevada ocorrência de OM serosa em crianças com FP. Preocupa os autores o fato da perda auditiva ocorrer durante período tão crítico para o desenvolvimento da linguagem.

Considerando a complexidade das alterações decorrentes de problemas otológicos e perda auditiva em portadores de FLP, Feniman et al (1999) avaliaram 51 crianças com FL e 51 com FP não operada na faixa etária entre 4

e 18a. Detectaram diferenças significantes nos limiares aéreos, sendo que o grupo com FP apresentava piores resultados, tanto para as orelhas “melhores” como para as “piores”. Este dado confirma os de outras pesquisas sobre a alta ocorrência de perda auditiva em indivíduos com FP (Nation 1970, Costa Filho e Piazzentin 1994, Schöenweiler et al 1996 e Neiman e Savage 1997). Em crianças com FL, sem alterações anatomofuncionais no palato, não foram observadas alterações na sensibilidade auditiva e em nenhuma delas diagnosticou-se perda auditiva, porém nos casos com FP, 39% apresentaram alterações quando considerava-se a orelha “melhor” e 62%, a pior. Relacionaram esses achados, nos pacientes com FLP, à predisposição de disfunção tubária responsável pela ocorrência de otite mucosecretora e suas seqüelas. Já as anormalidades anatomofuncionais da musculatura da tuba auditiva, resultantes da falha da sustentação do músculo tensor do véu palatino, que não promove a ventilação adequada da orelha média, seriam a explicação para os indivíduos com FP.

Outras pesquisas apontam para a correlação entre perda auditiva e habilidades verbais piores na população de crianças com FP e aquelas sem FP (Nation 1970, Chapman 1991, Nelli et al 1994, Costa Filho e Piazzentin 1994, Leirião 1995, Schöenweiler et al 1996, Sancho Martín et al 1997 e Neiman e Savage 1997).

Crianças com fissura, devido à alta ocorrência de otites de repetição, apresentam risco para dificuldades ou atraso no desenvolvimento de fala e linguagem, que devem ser identificados o mais precocemente possível (Costa Filho e Piazzentin 1994, Nelli et al 1994 e Hutters et al 2001).

Ao citar a alta ocorrência de OM, Nelli et al (1994) apontam-na como um dos fatores orgânicos responsáveis pelo atraso no desenvolvimento de fala e linguagem, tanto em indivíduos com FLP isolada, como naqueles que apresentam anomalias congênitas múltiplas e indicam ações preventivas ou terapêuticas amparadas em exames clínicos otorrinolaringológicos e audiológicos periódicos. Efeitos ambientais como atitudes inadequadas, sentimentos e conflitos dos pais devido à perda do filho idealizado, foram apresentados como fatores funcionais, que restringem experiências verbais da criança. Em presença de qualquer dessas situações adversas recomendam orientações aos pais, mesmo no período que antecede a palatoplastia e, quando necessário, fonoterapia, com enfoque na linguagem.

Visão similar de Del Río e Vilaseca (1997) descrevem os fatores que afetam a evolução da comunicação e linguagem. Os orgânicos, de ordem genética, neurológica ou anatômica e os fatores psicológicos correspondentes, tanto aos emocionais e afetivos, como aos que afetam o núcleo da qualidade e quantidade das atividades de ensino e aprendizagem. No caso das crianças com FP devemos considerar os efeitos que podem desencadear sobre a mãe, devido à malformação anatômica, provocando sentimentos de rejeição, atitudes de intolerância ou proteção excessiva afetando a base da comunicação. Reinteram, primeiramente, a necessidade do grupo familiar ser assistido pelo menos por uma equipe interdisciplinar, para favorecer as primeiras interações com a criança num nível satisfatório. Em segundo lugar, salientam que a prática fonoaudiológica não deve focar apenas a adequação da hipernasalidade ou da articulação, mas atender os aspectos globais de atraso da comunicação e da linguagem.

Para Harding e Grunwell (1996), o interesse por pesquisas sobre a fala espontânea de crianças com FP tem aumentado. Os autores citaram estudos com enfoque no período pré-verbal, que visam quantificar o número das vocalizações produzidas pelas crianças com e sem FP. Apresentaram ainda outros dados referentes à abordagem na linguagem expressiva, ao desenvolvimento fonológico das crianças com FP e às habilidades dos pais para compreender as tentativas de produção das palavras dessas crianças.

Seguindo essa tendência de investigação sobre o período pré-verbal e verbal, Scherer e D'Antonio (1995) demonstraram evidente atraso no desenvolvimento da linguagem expressiva de crianças com FLP, quando comparadas às crianças sem FLP. Os resultados foram confirmados por Wyatt et al (1996) ao descreverem a fala normal em crianças normais e as características do desenvolvimento em crianças com FLP. Os autores observaram que há desvio natural no desenvolvimento pré-verbal em crianças com fissura, mesmo considerando que as vocalizações pré-operatórias são caracterizadas pelo desvio e restrição na aquisição dos fonemas labiais, linguodentais, plosivos e dominância das articulações compensatórias, devido à inadequação das estruturas do mecanismo intra-oral. Sugeriram também que a intervenção terapêutica deve anteceder as etapas iniciais do desenvolvimento da fala, objetivando a aquisição normal mais breve, que pode melhorar o prognóstico a ponto de não haver necessidade de terapia mais tardiamente.

Abordando o desenvolvimento tardio da linguagem na população com FLP, outros estudos (Pannbacker 1975 e Fox et al 1978) mostraram ser esta a dificuldade mais comum entre as crianças na fase pré-escolar e que pode

persistir até a vida adulta, sendo que para muitos estudiosos é fundamental a indicação de programas de intervenção (Bzoch e League 1971, Fox et al 1978, Lynch et al 1983, Pecyna et al 1987, Riski 1991, Nelli et al 1994, Leirião 1995, Wyatt et al 1996, Jocelyn et al 1996, Schöenweiler et al 1996, Kritzinger et al 1996, Law et al 1998, Ward 1999 e Golding-Kushner 2001).

A necessidade do auxílio de fonoaudiólogos no trabalho com crianças portadoras de FLP e suas famílias foi objetivamente salientado por Pecyna et al (1987), que também enfatizaram o papel desses profissionais no manejo e estudos referentes aos conceitos sensório-motores e nas investigações sobre o desenvolvimento de outras áreas envolvendo a cognição e sua influência no processo de desenvolvimento de linguagem.

Jocelyn et al (1996) observaram algumas crianças com FLP com escores baixos de linguagem e cognição, mas com audição normal, enquanto outras, com perda auditiva, apresentavam escores normais de cognição e linguagem. Concluíram que a identificação e o tratamento a tempo desses atrasos podem definir o tipo de prevenção fonoaudiológica mais adequado. Sugeriram que no caso de crianças com 12m de idade e atraso entre 1 e 3m, há necessidade de orientação aos pais sobre estimulação de linguagem, assim como acompanhamento fonoaudiológico. Já crianças com 24m, com atraso nas habilidades de linguagem variando entre 3 e 9m, requerem, além de orientações aos pais, a realização de fonoterapia.

A intervenção precoce, ainda nos primeiros 3a de idade, em uma população sem FLP, mostrou-se muito eficaz, segundo Ward (1999), o que corrobora os achados de Bzoch e League (1971), quando salientam a

importância desse período na formação do futuro social e intelectual da criança.

Coplan (1985) confirmou o fato dos atrasos no desenvolvimento da fala e linguagem serem os sintomas mais comuns dentre as alterações de desenvolvimento na infância, ocorrendo de 5 a 10% na população infantil, sem FLP. Segundo o autor a FP é a anormalidade anatômica mais comum entre as que interferem no desenvolvimento da fala, sendo igualmente significativa a presença freqüente de OM serosa nessas crianças, quando não submetidas à palatoplastia. Apresentou, como instrumento de avaliação, um questionário direcionado aos pais, abordando os padrões de comunicação auditivo-receptiva, auditivo-expressiva e visual.

Na “American Cleft Palate Craniofacial Association” (1993) foi descrita a relevância da avaliação de fala e linguagem, no mínimo, pelo menos uma vez por ano, no período entre o nascimento e os 4a de idade.

A avaliação do desenvolvimento pré-verbal freqüentemente depende de entrevista com os cuidadores, discutiram Newhoff e Leonard (1983) ao abordarem os aspectos diagnósticos das patologias da fala e linguagem. Considerando este ponto de vista, enumeraram alguns testes, como: “Receptive-Expressive Emergent Language Scale (REEL), (Bzoch e League 1971); “Sequenced Inventory of Communicative Development” (SICD), (Hendrick et al 1975 citado por Newhoff e Leonard 1983 p. 100); “Verbal Language Development Scale” (Mecham 1971 citado por Newhoff e Leonard 1983 p.100); “Peabody Picture Vocabulary Test” (Dunn 1980 citado por Newhoff e Leonard 1983 p.101); “Vocabulary Comprehension Scale” (Bangs 1975 citado por Newhoff e Leonard 1983 p.101) e “Miller-Yoder Test” (Miller e

Yoder 1972 citado por Newhoff e Leonard 1983 p.101), que constituem importantes instrumentos para o estudo dessas patologias.

O relato dos pais e a observação sistemática da linguagem da criança, utilizados como instrumentos de avaliação, têm sido alvos de críticas metodológicas desde o século passado (Dale et al 1989). A experiência dos pais é maior do que a de outros observadores, propiciando uma estimativa mais abrangente da linguagem da criança, porém a falta de treino especializado e o orgulho natural podem “contaminar” esses relatos com informações truncadas, muito embora ainda seja a metodologia principal para o estudo da linguagem em crianças. Ao que tudo indica, o relato de pais sobre habilidades de linguagem de crianças parece ser mais importante na faixa etária de 1a8m, tomadas em 5 amostras independentes, utilizando-se o “Early Language Inventory” (SLI) e comparando-o com a “ Bayley Scales of Infant Development” (Bayley 1969 citado por Dale et al 1989 p.247).

Motivado pelo crescente reconhecimento da detecção e tratamento das crianças com atraso de linguagem, Dale (1991) pesquisou as habilidades de linguagem por meio do relato de pais. Foi escolhida essa técnica devido à premente necessidade de avaliações práticas, válidas e eficazes para crianças pequenas. Avaliou 24 crianças, aos 24m de idade utilizando o “MacArthur Communicative Development Inventory: Toddlers” (Fenson et al 1989 citado por Dale et al 1991 p.566), “Expressive One-Word Picture Vocabulary Test” (Gardner 1979 citado por Dale et al 1991 p.567), subteste de memória para sentenças da “Stanford-Binet Intelligence Scale” (Thorndike et al 1986 citado por Dale et al 1991 p.567), itens selecionados do “Sequenced Inventory of Communicative Development” (SICD) (Hedrick et al 1984 citado por Dale et al

1991 p.567) e gravação de uma amostra de linguagem. As correlações demonstraram alta validade, referente ao relato de pais para mensuração do vocabulário, sendo, porém, necessária maior exploração quanto à sintaxe. O autor concluiu que, embora o relato não seja a solução ideal para os problemas iniciais de avaliação, é um instrumento valioso, principalmente na faixa de 8 a 30m. Esse tipo de avaliação contempla: a) exame preliminar para atrasos de linguagem; b) mensuração dos efeitos da experiência inicial; c) comparação do desenvolvimento em sub-populações, por exemplo: masculina e feminina; d) variável combinada para estudar outros aspectos de experiência de desenvolvimento e e) base para seleção de amostras específicas, como pesquisa com falantes precoces e falantes atrasados.

Thal et al (2000) utilizaram o relato dos pais a respeito do vocabulário e gramática de 39 crianças mexicanas saudáveis, divididas em 2 grupos: 20 crianças de 20m e 19 crianças de 28m de idade. As informações foram obtidas por meio do “MacArthur Communicative Development Inventory Words and Sentences” (CDI:WS) (Fenson et al 1993 citado por Thal et al 2000 p.1088). Concluíram que a medida era válida para vocabulário expressivo nas duas idades e para gramática, apenas na idade de 28m, pois 1/3 das crianças com 20m ainda não combinavam palavras.

A importância do relato dos cuidadores na avaliação da aquisição e desenvolvimento da linguagem pode ser observada na tabela 2, onde mostramos algumas escalas ou testes específicos, utilizados com crianças pequenas e com FLP.

Tabela 2 – Principais testes de avaliação do desenvolvimento da linguagem

TRIAGENS	FAIXA ETÁRIA	FONTE DE DADOS	DIMENSÃO DA TRIAGEM
Peabody Picture Vocabulary Test - TVIP (Dunn e Dunn 1981)	2,6 a 18 anos	Avaliação objetiva do nível de Linguagem receptiva	Habilidades de compreensão do vocabulário de pessoas com fala ininteligível
Denver Developmental Screening Test - DDST (Frankenburg et al 1992)	0 a 6 anos	Relato de pais Observação direta	Diferentes áreas do desenvolvimento psicossocial, motor grosseiro, motor fino e de linguagem
# Receptive Expressive Emergent Language Test - REEL-2 (Bzoch e League 1991)	0 a 3 anos	Relato de pais Observação direta	Prevenção precoce das desordens da comunicação, verificar desenvolvimento de linguagem e orientações à família
Sequenced inventory of communicaticon developement - SICD (Hedriek et al 1975)	0,4 a 4 anos	Entrevista pais Observação clínica	Aspectos lingüísticos semânticos e sintáticos
# Early Language Milestone Scale - ELM (Coplan 1993)	0 a 3 anos	Histórico dos pais Avaliação objetiva Observação acidental	Linguagem auditivo-expressiva, linguagem auditivo-receptivo e visual
# The Language Development Survey - LDS (Rescorla 1989)	2,0 a 4anos	Lista de checagem preenchida pelos pais	Atraso no desenvolvimento da fala, por meio das palavras pertencentes ao léxico e extensão das frases emitidas
MacArthur Communicative Development Inventory (Fenson et al 1993) - CDI: Infant	8 a 16 meses	Relato de pais	Linguagem receptiva e expressiva; e comunicação gestual
- CDI: Toddler	16 a 30 meses	Relato de pais	Vocabulário expressivo e sintaxe
Clinical Adaptative Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale CAT/CLAMS (Wachtel et al,1994)	1 a 36 meses	Relato de pais Observação direta	Atraso do desenvolvimento infantil. Habilidades verbais e não verbais para resolução de problemas

- testes usados no presente trabalho.

continua

conclusão

FONTE:

Borowitz K, Glascoe FP. Sensitivity of the Denver Developmental Screening Test in speech and language screening. *Pediatrics* 1986; 78:1075-8.

Bzoch KR, League R. *Receptive-Expressive Emergent Language Scale*. 2nd. ed. Texas: Pro-ed; 1991.

Coplan J. *Early language Milestone Scale*. 2nd. ed. Texas: Pro-ed; 1993.

Dale, PS. The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *J Speech Hear Res* 1991; 34:565-71.

Newhoff M, Leonard LB. Diagnosis of developmental language disorders. In: Meitus IJ, Weinberg B. *Diagnosis in speech-language pathology*. Austin: Pro-ed; 1983. p.71-111.

Rescorla L. The language development survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *J Speech Hear Disord* 1989; 54:587-99.

Wachtel RC, Shapiro BK, Palmer FB, Allen MC, Capute AJ. CAT/CLAMS: a tool for the pediatric evaluation of infants and young children with developmental delay: Clinical Adaptive Test / Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale. *Clin Pediat* 1994; 33:410-5.

Tendo em vista a necessidade de aplicação de testes para o presente trabalho, optamos por três dos testes referidos na Tabela 2: REEL-2 (Bzoch e League 1991), ELM (Coplan 1993) e LDS (Rescorla 1989).

“Receptive-Expressive Emergent Language Test” (Teste REEL-2) de Bzoch e League (1991), que estuda as funções da linguagem destinada às crianças de 0 a 36m e tem, como objetivo geral, a prevenção precoce dos distúrbios da comunicação de crianças com fissura de palato. Possui dois propósitos clínicos fundamentais: verificar o nível de desenvolvimento de linguagem de cada criança e propiciar a intervenção por meio de orientações a familiares.

O Teste REEL-2 (Bzoch e League 1991), centrado em inventário aos pais, possibilita avaliar a criança e detectar problemas causais ou contribuintes para fala deficiente. O desafio da eliminação precoce desses distúrbios da comunicação, em todos os indivíduos com FP, requer maior esforço e cooperação da equipe de profissionais.

A lista de investigação consta com 132 itens e utiliza informações já observadas pelos pais para identificar provisoriamente problemas maiores de linguagem, em bebês e crianças até 3a de idade.

O Teste REEL-2 tem implícito o modelo tridimensional do comportamento lingüístico, tanto na sua formulação como na interpretação dos resultados. Para esse modelo, o aprendizado e comportamento de linguagem consistem em três processos semi-independentes, envolvendo diferentes funções do sistema nervoso central. Os três sistemas funcionais são: a) linguagem receptiva (Lgg R), b) linguagem expressiva (Lgg E) e c) linguagem interna. Tais sistemas descrevem bem o tipo de aprendizado que deve ocorrer durante a infância.

Bzoch e League (1991), baseando-se nas habilidades de Lgg R e E, estruturaram o Teste REEL-2 em uma lista de comportamentos observáveis, dividida nos seguintes níveis de desenvolvimento: fonológico de 0 (zero) a 3m, morfológico de 3 a 9m, sintático de 9 a 18m e semântico de 18 a 36m. Os comportamentos foram agrupados em diferentes intervalos, dependendo da idade cronológica: a) do nascimento a 1a: com 1 mês de intervalo (por exemplo, 0-1m); b) de 1 a 2a: com 2m de intervalo (por exemplo, 12-14m); c) de 2 a 3a: com 3m de intervalo (por exemplo, 24-27m).

As normas do Teste REEL-2 e os itens específicos de procura das habilidades de Lgg E e Lgg R são baseados em achados de bebês saudáveis e normais, a partir do desenvolvimento verbal adequado (Bzoch e League 1991).

Fox et al (1978) fizeram uma citação especial do subteste de Lgg E do REEL, recomendando-o pelo fato de diferenciar com maior sucesso as crianças com FP daquelas sem FLP. Esse teste também é destacado no trabalho de Newhoff e Leonard (1983) como alternativa para testar comportamentos comunicativos desde o nascimento até 3a de idade, tendo como enfoque central o relato dos pais.

Utilizamos ainda como método de avaliação: “*Early Language Milestone Scale*” (Escala ELM) de Coplan (1993), a qual pode ser adotada como uma medida válida do “status” do desenvolvimento de crianças consideradas de risco, para detectar atraso no desenvolvimento da linguagem, tendo sido normatizada e padronizada na população americana.

Coplan et al (1982) aplicaram avaliações de linguagem, mensalmente, em 191 recém-nascidos saudáveis, nos primeiros 36m de vida, por meio da escolha aleatória de atendimentos ambulatoriais pediátricos, contando sempre

com crianças diferentes, ou seja, 96 meninos e 95 meninas. Quanto à classe socioeconômica, 80% pertenciam à classe média e 20% à classe baixa. A partir desse estudo transversal, dos 57 itens originais foram selecionados 41 marcos de linguagem, aos quais foram atribuídos valores normativos na referida faixa etária. Estes vieram a constituir a Escala ELM, considerada como um instrumento resumido de avaliação de linguagem.

Os marcos de linguagem da Escala ELM foram agrupados nos quadrantes: função auditiva-expressiva (AE); função auditiva-receptiva (AR) e função visual-receptiva e função visual-expressiva, sendo que em cada quadrante foram dispostos itens com base nos seus significados, como marcadores do desenvolvimento verbal. Devido a falha de itens visuais, os quadrantes da função visual foram agrupados em um só, (V), permanecendo 3 divisões maiores na ELM. Todos os 41 itens da Escala ELM que permaneceram foram dispostos em gráfico, em folha única, dividida em 36 meses, possibilitando a localização de cada item e do mês no qual determinada habilidade teve seu início. Podemos fazer correlações desses resultados com o surgimento de cada habilidade e capacidade de realização, observando os valores de 25%, 50%, 75% e 90%, já definidos pela escala, de acordo com a frequência de sucesso que as crianças alcançaram em cada item.

A administração da Escala ELM inicia-se no traçado de uma linha vertical por toda a escala, exatamente na idade cronológica da criança testada e com a aplicação de todos os itens que cruzam essa linha em cada divisão (AE, AR e V). Os níveis de teto e base são determinados a partir de 3 itens sucessivos de sucesso ou fracasso em cada divisão.

Demonstraremos, a seguir, a listagem das provas dos marcos de linguagem correspondentes apenas às funções auditiva-expressiva (AE) e auditiva-receptiva (AR) da Escala ELM, aplicadas à amostra desta pesquisa, considerando apenas os itens das faixas etárias de 22 a 24m e de 34 a 36m. A função visual (V) não será apresentada devido à idade das crianças ser posterior à aquisição dos marcos de desenvolvimento.

Na Escala ELM, as provas da função auditiva-receptiva (AR) apresentam os seguintes itens para avaliar a performance da criança: a) AR9 - aponta para mais de uma parte específica do corpo; b) AR10 - compreende 1 ordem verbal com 2 comandos sem gestos; c) AR11 - aponta objetos nomeados; d) AR12 - aponta objetos descritos pelo uso e e) AR13 - conhece ordens de noção espacial.

Já para as provas da função auditiva-expressiva (AE) da criança temos: a) AE 9 - emite até 2 palavras além de Mama/Papa; b) AE10 - usa de 4 a 6 palavras únicas; c) AE11 - utiliza palavras únicas, representando no mínimo 2 pedidos; d) AE12 - produz frases com 2 palavras; e) AE13 - emite mais de 50 palavras únicas; f) AE14 - usa 1ª e 2ª pessoa do singular; g) AE15 - consegue 50% de compreensibilidade por estranhos (introduzimos mais um item, para os casos que foram compreendidos por estranhos por menos de 50%, considerando a inteligibilidade de fala que pode estar mais prejudicada devido à presença da FP); h) AE16 - usa preposições; i) AE17 - realiza conversação; i) AE18 - nomeia objetos e sua correspondente utilização; j) AE19 - tem 75% de compreensibilidade por estranhos e k) AE20 - apresenta 100% de compreensibilidade por estranhos.

Walker et al (1989) apresentaram o “Denver Developmental Screening Test” (DDST) (Frankenburg e Dodds 1967 citado por Walker et al 1989 p. 284) como o mais usado nos procedimentos de avaliação, contudo apontaram a Escala ELM como instrumento padronizado, que possibilita triagem rápida do desenvolvimento da linguagem em crianças menores de 3a de idade, principalmente de 25 a 36m. Klein (1991) está de acordo com esta opinião, considerando a Escala ELM similar ao teste acima referido, na estrutura e na facilidade de aplicação.

Borowitz e Glascoe (1986) apresentaram as Escalas REEL-2 e ELM, como medidas eficientes e de utilidade na avaliação de crianças até 36m de idade. Já, para Thal et al (1999) elas representam instrumentos apropriados de triagem para o uso de pediatras e outros profissionais de saúde.

Utilizamos ainda outro método adicional: “*Language Development Survey*” (LDS) de Rescorla (1989), que é um teste desenvolvido como instrumento epidemiológico para identificação de crianças de 2a de idade, com atraso de linguagem. A pesquisa consta de uma lista de vocábulos e questionamentos a respeito da combinação de palavras, já realizada pela criança. A lista contém 309 palavras diferentes, arranjadas em 14 categorias semânticas: alimentos, animais, adjetivos, ações, brinquedos, partes do corpo, coisas, objetos pessoais, lugares, lar, pessoas, roupas, veículos e outros. A lista, de tamanho suficiente para cobrir uma faixa de vocabulário inicial, sem ser excessiva, é oferecida aos pais para ser preenchida em seus lares ou em qualquer outro lugar.

Em um de seus estudos, Capovilla et al (1997) demonstraram correlações entre as medidas de vocabulário expressivo, do teste proposto por Rescorla

(1989) e recentemente denominado por “Lista de Avaliação de Vocabulo Expressivo”(LAVE) e o vocabulário receptivo, por meio do “Teste de Vocabulário por Imagens Peabody” (TVIP) (Dunn et al 1986 citado por Capovilla et al 1997 p. 153), em crianças com idade variando entre 2a6m e 6a. Apontaram o LAVE ou LDS como critério de validação do “Teste de Vocabulário por Imagens Peabody”, com correlação positiva significativa em função da idade, nível de escolaridade, tipo de escola e nível socioeconômico.

Estrem e Broen (1989) consideraram que os pais de crianças com FLP têm habilidades para compreender as tentativas de emissão de vocábulos de seus filhos mesmo na presença de distúrbios decorrentes da FP.

Confirmando, Dale (1991) descobriu, como Rescorla (1989), que geralmente os pais têm experiência no preenchimento do questionário e que depois de iniciá-lo gostariam de ouvir sua criança, para terminá-lo. Citou, que há 15a percebe uma evolução contínua do relato de pais, como técnica de avaliação da linguagem.

Thal et al (2000), também apontaram para o Teste LDS como um dos novos instrumentos mais utilizados em pesquisas clínicas e laboratoriais.

É importante comentarmos que esses testes foram selecionados devido à necessidade de realizar sistematicamente a triagem, alcançando a maior demanda possível e de maneira rápida, porém efetiva, para delinear o planejamento mais adequado e personalizado.

Para definirmos triagem, analisamos tanto o termo em si como o termo diagnóstico, que embora façam parte do mesmo processo, são procedimentos que se diferenciam significativamente. Ferreira (1986 p.1711, p.584), estabelece a distinção entre esses dois termos, definindo então, triagem como

“seleção, escolha, separação”, e diagnóstico como “conhecimento ou determinação de uma doença pelo(os) sintoma(s) e/ou mediante exames diversos ...”.

Refletindo a respeito de tais definições, Lima (1997) chamou atenção sobre a triagem como um passo inicial para o diagnóstico. É um processo que se fundamenta em escolher, selecionar ou mesmo separar, dentro de um contexto mais complexo, dados relativos ao diagnóstico, que poderão ou não confirmar os achados obtidos na triagem. A triagem, como um processo de aplicação rápida e simples de vários procedimentos, pode atingir uma grande população e detectar uma doença em larga escala. A medida padrão é uma contribuição relevante, que torna possível a identificação de indivíduos suspeitos, por estarem acima ou abaixo do processo, indicando a necessidade de uma definição de conduta (Lima 1997).

A “American Academy of Pediatrics” (1994), definiu triagem como procedimento de avaliação, de rápida aplicação, destinado para detectar crianças que necessitariam de uma avaliação abrangente e definição diagnóstica. Algumas recomendações sobre a triagem foram apresentadas, tais como: a) ela é considerada parte do processo de intervenção e deve ser utilizada somente com essa intenção; b) é um guia para avaliação adicional e aquisição de serviços com fatores de riscos médicos e sociais; c) deve ser realizada periodicamente, com escolhas múltiplas de informações; d) os procedimentos devem estar disponíveis e válidos; e) é mais efetiva quando utiliza tarefas e cenários familiares e g) deve ser realizada por indivíduos treinados.

A triagem, segundo Walker et al (1989), é o método mais efetivo para identificar os distúrbios de linguagem, mais especificamente o atraso. Muitos pediatras superestimam as habilidades mentais por meio de avaliações informais, o que, conseqüentemente, leva um número reduzido de crianças com atraso de desenvolvimento a serem encaminhadas para diagnóstico.

A triagem de crianças pequenas, sem FLP, na detecção de atraso de fala e linguagem, deve ser realizada o mais cedo possível e tem sido tema de preocupação para muitos estudiosos (Law et al 1998).

Newhoff e Leonard (1983) defendem que as medidas padronizadas do desenvolvimento pré-verbal dependem da entrevista com os pais e como alternativa, sugerem o Teste REEL de Bzoch e League (1971).

Capute e Accardo (1978) apresentaram um protocolo de linguagem e descreveram seus 32 itens para documentação e avaliação, na prática pediátrica, dos marcos principais de linguagem, durante os 2 primeiros anos de vida. Segundo sua perspectiva, embora a linguagem seja um dos melhores preditores do desenvolvimento, são poucas as avaliações simples que podem ser utilizadas pelos pediatras.

Tem sido recomendado o uso de instrumentos de triagem, visando avaliar o desenvolvimento da linguagem como complemento da história clínica, o que é importante para a identificação de crianças que necessitam ser encaminhadas para avaliação adicional (Glascoe et al 1990 e Klein 1991). Essa avaliação deve ser administrada por especialistas para definição diagnóstica do tipo de distúrbio e do prognóstico. Salientaram a importância do papel do pediatra, para encorajar e orientar os pais, no sentido de auxiliá-los a usar adequadamente os recursos de comunicação no tratamento, bem como prover

informações sobre o processo do desenvolvimento de linguagem, dentro dos padrões de normalidade ou não. Concluíram que os pediatras, ao expandirem sua avaliação tradicional com testes de triagem das habilidades da linguagem, podem identificar mais crianças com risco de alterações desta função. Conseqüentemente, teriam como foco principal, a prevenção dos distúrbios de fala e linguagem também das crianças com FLP, citada por Golding-Kushner (2001) como a intervenção de maior facilidade e eficiência em relação à reabilitação. Priorizando a prevenção, a autora considerou que o enfoque do treinamento a tempo, dos pais, deve estar no conhecimento dos estágios de fala e linguagem e no ato preventivo de atrasos ou distúrbios nessa área, vivenciando um processo de ensino. É fundamental que os pais compreendam a relação entre habilidades de linguagem receptiva e expressiva, relacionando-as com a função simbólica da fala e com os aspectos motores da comunicação. Materiais didáticos devem ser fornecidos, reforçando os temas trabalhados, as informações e as orientações, para que os pais desenvolvam atitudes mais adequadas como modelo lingüístico.

A abordagem de crianças com FLP requer a atuação de uma equipe interdisciplinar, desde a infância até a adolescência. O objetivo principal é fornecer cuidados de saúde apropriados, possibilitando a praticidade desses cuidados e enfatizando informações sobre as necessidades das crianças durante todos os estágios do seu desenvolvimento (Elmendorf et al 1993).

Riski (1991) assinalou a importância da ajuda de serviços especializados, visando a melhor compreensão das necessidades e a empatia com as emoções vivenciadas pelos pais de crianças que nascem com FLP. A entrevista deve levar em conta fatores como estresse, ansiedade, medos e

necessidades emocionais e intelectuais dos pais e das crianças. Para alcançar esse objetivo, o autor faz algumas considerações: a) os profissionais têm mais oportunidades de auxiliar os pais logo após o nascimento, tranquilizando-os e oferecendo-lhes recursos para minimizar experiências frustrantes, como o ato da administração alimentar; b) os pais precisam de ajuda em outros momentos estressantes, além do nascimento, como durante as cirurgias e no período escolar; c) devido aos sentimentos de perda e ressentimentos que podem acompanhar o nascimento da criança com FLP, os pais se sentem inseguros e devem ser orientados sobre como lidar com a situação usando estratégias positivas; o contato com outros pais com a mesma problemática pode contribuir como um recurso de ajuda; d) os profissionais devem ter a iniciativa de trabalhar com os progenitores, abordando fatores pré-existentes, como o medo, uma vez que dificultam a relação com a criança e normalmente não estão explícitos; e) grupos de pais são de grande valia, podendo proporcionar conforto e satisfação; e f) atenção aos fatores determinantes das reações e dificuldades diante do nascimento de crianças com FLP, o que inclui a idade parental, extensão e familiaridade com a FLP.

Herrmann e Bitter (1991) concluíram que a complexidade da FLP não é tão importante quando se valoriza o tratamento precoce, a atitude dos pais e as relações sociais que contribuem para o sucesso do desenvolvimento da linguagem. A pesquisa indicou que programas de estimulação de linguagem, destinados a esses pais, promovem a reabilitação das crianças com FLP, antes de ingressarem na escola.

O aconselhamento de rotina aos pais é, para Bzoch (1997a), uma das formas mais efetivas de se prevenir o atraso de linguagem, de alto risco para

crianças com FLP. Recomendou que a abordagem deve ser em equipe, informando aos pais sobre: a) estágios do desenvolvimento normal da linguagem; b) razões dos problemas de fala e linguagem, níveis esperados dessa competência e sobre a capacidade da criança falar mesmo com a FLP; c) riscos de perda auditiva e sua influência nesse desenvolvimento e d) plano de tratamento. Apresentou o Teste REEL-2 como um procedimento de recurso para trabalho fonoaudiológico mais efetivo.

Kritzinger et al (1996) recomendaram intervenção precoce na comunicação para todas as crianças com FLP da África do Sul, estando implícita a realização de avaliações regulares da audição e terapia centrada nos pais.

A clínica fonoaudiológica por muitos anos, ficou essencialmente centrada nas crianças e manteve contato com os pais apenas para a realização da anamnese e para algumas orientações esporádicas (Tfouni e Ferriolli 2001). Os autores relatam que atualmente o discurso dos pais está em destaque no trabalho clínico, além da atenção à criança com suas dificuldades. A participação dos pais pode contribuir com o fonoaudiólogo na reelaboração do papel da criança e de seus pais, na narrativa estabelecida no âmbito familiar. Perceberam as autoras a possível influência dos medos, ansiedades e expectativas constatadas no discurso dos pais de crianças com atraso de linguagem, ao atribuírem a elas a incapacidade de serem “bons falantes”. Em seus discursos, referem-se aos filhos como alguém que apresente defeito, que tem problemas de linguagem, apontando para a incapacidade e desigualdade. Esses dados foram observados em pais que antecipam a fala da criança, respondendo por ela ou demonstrando impaciência ante suas necessidades, o que a leva a se identificar como um sujeito destituído de linguagem.

Compartilhando a importância do relato e atuação dos pais no tratamento e visando um programa a ser desenvolvido o mais cedo possível em seus lares, Leirião (1995), a partir de enfoque fonoaudiológico, elaborou um programa de ensino à distância, voltado a pais de crianças com FLP. Os temas abordados foram estruturados segundo achados da literatura, em relação à perspectiva dos pais e também dos profissionais de saúde. A autora valeu-se ainda da experiência vivenciada no hospital onde se desenvolveu o trabalho, um dos maiores centros em anomalias craniofaciais da América (HRAC-USP Bauru). Os temas envolviam, principalmente, fissuras e suas implicações, como: alimentação, estimulando sempre que possível, o aleitamento materno; processo de desenvolvimento de fala e linguagem e cuidados com a audição. Esses procedimentos possibilitam aos pais o acesso a outras orientações ou esclarecimentos necessários. Os objetivos desse programa basearam-se na apresentação de habilidades a serem transmitidas aos pais, em graduação progressiva, de acordo com as etapas de desenvolvimento. Conseqüentemente, integrou-se a participação ativa dos pais à equipe, visando o alcance do desenvolvimento mais adequado da comunicação verbal de crianças pequenas com FLP.

A assistência de equipes de saúde foi recomendada já no período imediato ao nascimento, por Young et al (2001), devido ao choque traumático decorrente do nascimento não esperado de uma criança com FLP. O estudo retrospectivo com pais de crianças de 6 anos de idade, nesta condição, sem outras anomalias associadas, possibilitou a conclusão de que os progenitores deram prioridade para as orientações iniciais sobre cuidados alimentares e reconhecimento de doenças. Os pais chamaram a atenção para a necessidade

de que certas questões sobre o tratamento fossem mais adequadamente discutidas, tais como: o potencial de desenvolvimento normal que a criança apresenta; o fato de que a FLP em momento algum foi devido a uma situação parental, levando-os a lidar melhor com o sentimento de culpa e também que o bebê, por ter FLP, não sente mais dores do que os outros bebês.

O alcance de uma intervenção adequada ocorre a partir da detecção precoce, quando o encaminhamento de crianças com atraso de linguagem pode ser realizado mais rapidamente, por meio do uso de testes padronizados, por profissionais da saúde (Glascoe et al 1990, Wachtel et al 1994).

Nesse sentido, com este estudo, vislumbramos, como profissionais de saúde, obter informações adicionais sobre o atraso no processo de desenvolvimento da linguagem em crianças pequenas, com FLP. Para tanto, procuramos uma metodologia adequada e compatível com as dificuldades socioculturais e geoeconômicas desses pacientes e seus familiares. Isto foi planejado, pelo fato de que muitas vezes era impossível a caracterização de como estava o desenvolvimento de linguagem desses pacientes. Por esta razão, a autora buscou métodos de rápida aplicabilidade, mas que oferecessem resultados mais seguros, a fim de identificar, a tempo, crianças com FLP de risco para desenvolver distúrbios de linguagem. Esse procedimento procura viabilizar um posicionamento fonoaudiológico clínico, com sugestões de abordagens terapêuticas que propiciam intervenção a tempo e mais adequada à esta população, mesmo residindo em outras localidades. As condições referidas facilitam orientação, à distância, de profissionais que interagem com o paciente e com a equipe do HRAC, devido à grande demanda.

Sustentando a relevância das ações preventivas, nosso posicionamento identifica-se com o de Bzoch (1997c p.441) quando afirma: *“Se é importante conhecer as características anormais da fala do portador de fissura de lábio e/ou palato, em algum tempo nas vidas de nossos pacientes, então é ainda mais importante fazê-lo antes que as marcas de rejeição ou sentimento de anormalidade e diferença sejam formados no desenvolvimento de suas personalidades”*. Considerando o número de pacientes em idades com fatores de risco, que buscam orientação e atendimento em nosso hospital, o propósito principal do presente estudo é elaborar um protocolo para a detecção de crianças com risco de atraso no desenvolvimento da linguagem, o mais cedo possível.

3 - OBJETIVOS.

O presente trabalho tem como objetivo principal elaborar um protocolo eficiente para triagem do desenvolvimento da linguagem em crianças da população brasileira.

Com base no protocolo proposto, investigar:

- se existem diferenças nas habilidades de linguagem das crianças com e sem FLP e
- se há diferenças no perfil do desenvolvimento de linguagem entre crianças com FLP, com e sem OM.

4 - CASUÍSTICA E MÉTODO.

4.1- Casuística.

O presente trabalho foi desenvolvido no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP) – Campus de Bauru, a partir do parecer favorável da Comissão de Ética do Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (Anexo 1).

Foram avaliadas 163 crianças brasileiras, das quais 61 eram típicas e 102 eram portadoras de FLP. Para selecionarmos essa população estabelecemos como critérios de inclusão na casuística, os seguintes:

a) investigação audiológica, por meio da avaliação comportamental, com tons modulados e a timpanometria. Crianças com FLP, que apresentavam curva do tipo B, porém com limiares auditivos normais, foram mantidas na casuística. A exclusão de crianças sem FLP, com esse tipo de curva, foi devido ao fato de termos estabelecido, como controle, o universo mais próximo possível do normal;

b) de acordo com a faixa etária, trabalhamos com 2 grupos, denominados A aquele entre 22 a 24m e B os de 34 a 36m;

c) de acordo com a estrutura anatomofuncional do palato, trabalhamos com 3 grupos: Grupo I de crianças com FLP, sem otite (FLP-SO); Grupo II de crianças com FLP e otite (FLP-CO); e Grupo III de crianças sem FLP (sem FLP);

d) o Grupo I (FLP-SO) foi composto por 50 crianças portadoras de FLP, classificadas como FTIU, sem otite, sendo 31 do sexo masculino e 19 do feminino; 14 pertencentes à faixa A (22 a 24m) e 36 à B (34 a 36m), já

submetidas a cirurgias primárias de lábio e palato e sem outras anomalias congênitas associadas;

e) o Grupo II (FLP-CO) foi composto por 52 crianças portadoras de FLP, também classificadas como FTIU, com otite, sendo 31 do sexo masculino e 21 do feminino; com 27 na faixa A e 25 na B, já submetidas a cirurgias primárias do lábio e palato e sem outras anomalias congênitas associadas;

f) o Grupo III (sem FLP) foi composto por 61 crianças sem malformações congênitas ou outras anomalias associadas, sendo 30 do sexo masculino e 31 do feminino; 31 na faixa A e 30 na B, provenientes da Sociedade Creche Berçário “Rodrigues de Abreu” e Creche “Leocádio Corrêa”, da cidade de Bauru e de famílias de funcionários do HRAC-USP.

4.2- Material.

Visando promover e aprimorar o processo de triagem em crianças de risco para atraso de linguagem, elaboramos um protocolo constituído de:

- Ficha de identificação (Anexo 2);
- “Receptive-Expressive Emergent Language Test” -Teste REEL-2, de Bzoch e League (1991) com tradução e adaptação de parte do teste realizadas pela autora com permissão da Pro-ed para uso restrito no HRAC-USP (Anexo 3);
- “Early Language Milestone Scale” - Escala ELM, de Coplan (1993) traduzido como Escala de Aquisições Iniciais de Linguagem por Lima (1997), com readaptação feita pela autora (Anexo 4);

- “Language Development Survey” - Teste LDS, de Rescorla (1989) traduzido como Lista de Avaliação de Vocabulário Expressivo - LAVE, por Capovilla e Capovilla (1997) e readaptado pela autora (Anexo 5) e
- Avaliação fonoaudiológica de rotina do HRAC (Anexo 6).

Utilizou-se, na aplicação das escalas e na realização da avaliação fonoaudiológica, um álbum de figuras foneticamente balanceadas; figuras que representando ações e objetos concretos: uma bola, um copo, uma colher, um lápis, uma caixa, e um conjunto de cubos de vários tamanhos e cores.

4.3- Método.

Todas as crianças da casuística foram submetidas aos quatro procedimentos escolhidos para análise comparativa do processo de desenvolvimento de linguagem.

Considerando que as dificuldades nesse processo podem estar diretamente influenciadas pela presença de problemas auditivos, todas as crianças dos 3 grupos da casuística realizaram, após a otoscopia, avaliação audiológica comportamental, com tons modulados e timpanometria.

Esse procedimento metodológico é de relevância por ser critério de exclusão na seleção da casuística. Dos 3 grupos, foram excluídas as crianças que apresentavam limiares sugestivos de alteração auditiva e selecionado, entre o grupo de crianças com FLP, um subgrupo com limiares dentro dos padrões de normalidade do comportamento auditivo, mas com resultado de timpanometria característico de curva do tipo B (Jerger 1970), em virtude de sua alta frequência nessa população.

A audiometria de observação comportamental a estímulos sonoros foi realizada no Setor de Fonoaudiologia, por 3 profissionais treinadas e calibradas na aplicação desses procedimentos, em cabine acústica, conforme proposto por Northern e Downs (1991) e Azevedo et al (1995).

A aplicação desse procedimento ocorreu com a criança acordada, sentada no colo dos pais ou cuidadores e a apresentação de estímulos sonoros foi dada à distância de aproximadamente 20 centímetros do pavilhão auricular. Os resultados que foram considerados normais tinham limiares audiométricos tonais aéreos iguais a 25 dBNA e abaixo desse limiar, aqueles com perda auditiva. As crianças que apresentaram esses últimos resultados foram excluídas da amostra (Northern e Dows 1991).

A classificação dos resultados da timpanometria, medida de imitância acústica executada para verificar as condições funcionais da orelha média, conforme os padrões de Jerger (1970), tem as seguintes características: a) curva timpanométrica tipo A, considerada normal, com limiares de complacência acústica estática entre 0,3 e 1,3ml e pressão da orelha média entre +50daPa e -100daPa; b) curva timpanométrica tipo B, com ausência de pico de máxima complacência; c) curva timpanométrica tipo C, com pico de máxima complacência acústica estática deslocado para pressões negativas acima de -100daPa; d) curva timpanométrica tipo As, com complacência acústica estática menor que 0,3ml e e) curva timpanométrica tipo Ad, com complacência acústica estática maior que 1,3ml e pressão da orelha média entre -100 daPa e + 70 daPa.

Os resultados da investigação audiológica das crianças incluídas na casuística foram anexados à ficha de identificação, contendo informações

peçoais e de seus cuidadores, obtidas durante a entrevista ou disponibilizadas pelas entidades que freqüentavam, após o consentimento de seus responsáveis. Mais especificamente, compreendiam: data de nascimento, gênero, procedência, presença ou ausência de outras anomalias e data da realização da palatoplastia. Quanto aos dados familiares dos cuidadores, consideramos: grau de instrução, profissão, emprego, qual(s) o cuidador(s) principal(s), condições socioeconômicas e recorrência familiar a respeito de outros problemas que pudessem ter influência na pesquisa.

O registro dos procedimentos ocorria durante a aplicação de cada teste, segundo a orientação de seus autores, momento dedicado tanto para se coletar dados da criança como orientar cuidadores sobre o processo de desenvolvimento de linguagem. O gráfico que representa os marcos de linguagem da Escala ELM, a lista de comportamentos observáveis do Teste REEL-2, a lista de vocábulos isolados e de vocábulos por frases do Teste LDS e a avaliação fonoaudiológica de rotina foram anexados à ficha de identificação de cada criança.

Em seguida ao preenchimento desses dados gerais, a examinadora proporcionava oportunidades de interação junto à criança, utilizando o álbum de figuras foneticamente balanceadas e o incentivo à conversação espontânea. As emissões produzidas pela criança eram transcritas na ficha de avaliação fonoaudiológica e assinalados dados sobre a linguagem oral, produções articulatórias e ressonância, bem como itens relativos ao processo de desenvolvimento de linguagem dos testes REEL-2 e ELM.

Para favorecer esses momentos de interações verbais e não-verbais, iniciamos a entrevista com a criança e posteriormente com os cuidadores,

dispensando-lhes atenção e procurando despertar o interesse pelas atividades propostas. Procuramos evitar cansaço ou distrações que pudessem dificultar seu desempenho, considerando importante que a obtenção de dados ocorresse nas melhores condições possíveis. Esta se deu, na maioria das vezes, em uma sala de atendimento no HRAC – USP e, quando necessário, na entidade à qual a criança pertencia, tendo sobre a mesa apenas os materiais já citados anteriormente, o prontuário do paciente e o protocolo de pesquisa contendo todo o material para documentação de cada dado questionado, solicitado ou mesmo obtido incidentalmente, relativo ao processo de linguagem sob investigação neste trabalho.

O próximo passo, ou seja, a aplicação dos 4 procedimentos de avaliação da desenvolvimento de linguagem, detalhamos a seguir:

4.3.1 - Aplicação do Teste REEL-2

O Teste REEL-2 foi administrado considerando os cuidadores como a principal fonte de coleta de dados durante a entrevista. Entretanto, muitos itens foram marcados por observações de comportamentos espontâneos da criança, ou por testagem a partir da aplicação de suas provas, como estabelecido por Bzoch e League (1991).

Utilizaram, para o cálculo a idade cronológica em ano, mês e dia, mas o registro final foi documentado pelo total de meses. O critério permitiu o uso de aproximação matemática para o mês seguinte, quando houvesse 15 dias ou mais na coluna dos dias.

Realizamos, inicialmente, um aquecimento através de questões amplas para nossa orientação, quanto às facilidades ou dificuldades que

poderiam se apresentar nas fases seguintes. Somente após isso nos conduzimos para os itens específicos do teste, pois para Bzoch e League (1991) esse procedimento é importante para a identificação do item pelo qual seria iniciada a aplicação, primeiramente por meio das habilidades da Lgg R e posteriormente pela Lgg E.

Os resultados foram registrados no próprio Teste REEL-2, em local já definido, ao lado de cada questionamento feito aos cuidadores, sobre Lgg R e E (anexo 3). Nesse momento, foi atribuída a codificação proposta pelo teste, ou seja, quando o comportamento era típico, o registro utilizado era o sinal (+), quando o comportamento estava emergindo ou apresentava-se parcialmente exibido, o sinal era (+-) e quando nunca observado, era (-).

Iniciamos a aplicação pela Lgg R, questionando comportamentos do intervalo abaixo da idade cronológica, a não ser quando houvesse razões para suspeitar que esse ponto de partida era demasiadamente alto ou baixo. Quando a criança não conseguia 2 (+), dentre 3 apresentados, voltávamos ao intervalo inferior, até esse escore ser alcançado, pelo menos dentro de um dado intervalo. Caso a criança conseguisse 2 (+) no intervalo iniciado, seguíamos em frente e este se tornava o intervalo de teto. Realizávamos os questionamentos até quando atingisse um intervalo, no qual 2, de 3 itens, tinham o registro do sinal (-). A aplicação da Lgg E ocorria em seguida, no intervalo de idade correspondente ao intervalo de teto da Lgg R, qualquer que fosse a idade cronológica.

Procuramos confirmar todos os itens de habilidades incertos ou questionáveis, por meio de observações diretas do desempenho da criança, utilizando os materiais já referidos. Dentre outras recomendações do teste,

atentamos para a forma de questionamento, não efetuamos simplesmente a leitura dos itens, mas adotando um estilo de linguagem que melhor se adaptasse ao informante e promovesse efetivamente a comunicação.

4.3.2 - Aplicação da Escala ELM.

Iniciou-se a aplicação da Escala ELM (Coplan 1993) pelos marcos de linguagem dispostos no gráfico, em ficha única, apontados no traço vertical de uma linha por toda a escala, exatamente na idade cronológica da criança testada e com a aplicação de todos os itens que entrecruzam essa linha, na divisão da função auditiva expressiva e receptiva e também da função visual. Aos pais foi solicitada apenas a declaração se a criança atingiu ou não determinado marco, a idade real de aquisição de determinado marco não foi obtida, o que minimizou o potencial de falha dos pais. Os resultados foram assinalados em níveis de teto e de base, determinados a partir de 3 itens sucessivos de sucesso ou fracasso, em cada divisão. Os itens denominados pela escala referente a sucesso (S) foram apresentados, neste trabalho, como resultados dentro do padrão de normalidade (NL) e aqueles denominados por fracasso (F) correspondiam aos dados com atraso (ATR).

Para determinar quando foi obtido sucesso (S) ou fracasso (F) no item, levou-se em consideração o histórico do pai ou outro cuidador (H), o teste direto (T) e a observação espontânea do comportamento em questão (O). O registro dos resultados de cada um dos itens nessas diferentes categorias ocorreu na própria folha da Escala ELM, onde há espaços definidos para cada uma das respostas, separadamente.

4.3.3 - Aplicação do Teste LDS

Esse instrumento, o Teste LDS (Rescorla 1989), foi entregue para ser preenchido pelos cuidadores, na sala de espera, embora tenhamos oferecido a possibilidade de poder ser completado em seus lares, ou em qualquer outro lugar e posteriormente enviado a nós, fato que ocorreu em muitos casos, de ambos os grupos, com e sem FLP.

Os cuidadores foram orientados a assinalar a lista de vocábulos já emitidos pela criança e a extensão das frases que a mesma era capaz de emitir.

4.3.4 - Aplicação da avaliação fonoaudiológica

Foi utilizada a avaliação de rotina do setor de fonoaudiologia do HRAC- USP, quanto às alterações da comunicação que acometem as crianças com fissura de palato.

Essa avaliação foi realizada durante a entrevista, por meio da observação do desempenho de cada criança, nas diversas atividades desenvolvidas e da documentação da amostra de fala espontânea ou dirigida ante a solicitação de nomeação de figuras foneticamente balanceadas, conhecidas e compatíveis com a sua realidade.

4.4- Critério de classificação dos resultados.

Com o objetivo de sintetizar e comparar nossos achados e como também enriquecer o trabalho, padronizamos, nos 3 testes, as respostas em normalidade (NL) e atraso (ATR). Portanto, no Teste REEL-2, o registro de NL ou ATR foi atribuído ao resultado da média final de cada intervalo, o qual

possui 3 comportamentos registrados com os sinais (+), (+-) e (-). Na Escala ELM, o registro de NL foi atribuído ao resultado documentado como sucesso e o de ATR, ao aquele apontado como fracasso.

4.5- Método estatístico.

Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos, utilizando frequência absoluta e relativa visando facilitar a análise e a apresentação. De acordo com a análise de cada avaliação e o nosso objeto de discussão, foram aplicados testes estatísticos, explícitos, no decorrer da apresentação dos resultados (Teste Qui-Quadrado, Análise de Variância, Teste de Kruskal-Wallis, Teste de Dunn e Teste de Tukey), escolhidos pertinentemente para cada comparação. Em todos os testes foi adotado nível de significância de 5% (Zar 1996).

5 - RESULTADOS.

Apresentamos, a seguir, dados relativos à identificação, tipo e lateralidade da fissura, avaliação audiológica, média de idade da triagem e da palatoplastia, avaliações segundo os testes REEL-2, ELM e LDS, avaliação fonoaudiológica e considerações sobre o relato dos cuidadores. Os achados descritos em linguagem foram relativos à recepção (Lgg AR ou R) e à expressão (Lgg AE ou E), separadamente, visando facilitar a compreensão do desempenho das crianças de cada grupo.

5.1- Dados de identificação.

Analizamos, nesta etapa, os resultados sobre faixa etária, gênero, classificação socioeconômica, procedência e cuidadores.

5.1.1- Faixa etária.

Os resultados foram analisados considerando três grupos: Grupo I: de crianças portadoras de FLP sem OM (FLP-SO); Grupo II: de crianças portadoras de FLP com OM (FLP-CO) e Grupo III de crianças sem FLP. Os 3 grupos foram divididos em 2 subgrupos, cada um conforme a faixa etária: faixa etária A: de 22 a 24m, com 72 crianças e faixa etária B: de 34 a 36m, com 91 crianças. O grupo com FLP constituiu-se de 102 crianças: 50 do Grupo I (FLP-SO), sendo 14 da faixa etária A e 36 da faixa B; 52 do Grupo II (FLP-CO), sendo 27 da faixa etária A e 25 da faixa B e Grupo III (sem FLP), com 61 crianças, sendo que 31 pertenciam à faixa etária A e 30 à B (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a faixa etária.

GRUPO	FAIXA ETÁRIA		TOTAL
	A	B	
	(22m a 24m)	(34m a 36m)	
I	14 (28,00%)	36 (72,00%)	50
II	27 (51,92%)	25 (48,08%)	52
III	31 (50,82%)	30 (49,18%)	61
TOTAL	72	91	163

m - meses

5.1.2- Sexo.

Nos resultados quanto ao sexo, encontramos os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), com maior número de meninos na faixa etária A, ou seja, 24 (58,54%) e na B, 38 (62,30%), perfazendo um total de 62 (60,78%) e o Grupo III (sem FLP) com números equivalentes de crianças, em ambas as faixas etárias: 30 (49,18%) meninos na A e 31 (50,82%) meninas na B (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com o sexo

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	SEXO		
	M	F	TOTAL
IA	8 (57,14%)	6 (42,86%)	14
IIA	16 (59,26%)	11 (40,74%)	27
IIIA	14 (45,16%)	17 (54,84%)	31
IB	23 (63,89%)	13 (36,11%)	36
IIB	15 (60,00%)	10 (40,00%)	25
IIIB	16 (53,33%)	14 (46,67%)	30
TOTAL	92	71	163

M – masculino; F - feminino; A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato

5.1.3 - Classificação socioeconômica.

Nos resultados das 163 crianças dos 3 grupos, quanto à classificação socioeconômica, encontramos: 74 (45,40%) crianças pertencentes à classe baixa inferior (BI), 31 (19,02%) à classe baixa superior (BS), 51 (31,29%) à classe média inferior (MI) e 7 (4,29%) crianças pertencentes à classe média (M), de acordo com a classificação proposta por Graciano et al (1999).

Os resultados relativos às classes socioeconômicas estão descritos na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a classificação socioeconômica

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA				TOTAL
	BI	BS	MI	M	
IA	4 (28,57%)	7 (50,00%)	3 (21,43%)	0 (0,00%)	14
IIA	5 (18,52%)	15 (55,56%)	6 (22,22%)	1 (3,70%)	27
IIIA	13 (41,94%)	9 (29,03%)	6 (19,35%)	3 (9,68%)	31
IB	9 (25,00%)	21 (58,33%)	6 (16,67%)	0 (0,00%)	36
IIB	9 (36,00%)	10 (40,00%)	5 (20,00%)	1 (4,00%)	25
IIIB	11 (36,67%)	12 (40,00%)	5 (16,67%)	2 (6,67%)	30
TOTAL	51	74	31	7	163

BI - classe baixa inferior; BS - classe baixa superior; MI - classe média inferior; M - classe média; A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato

5.1.4 - Procedência.

Nos resultados quanto à procedência, encontramos que as famílias das crianças avaliadas, do Grupo III (sem FLP) eram de Bauru, enquanto que as dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) eram de localidades bastante diversificadas, pertencendo a vários estados do Brasil: Ceará (CE), Distrito Federal (DF), Espírito Santo (ES), Goiás (GO), Minas Gerais (MG), Mato Grosso do Sul (MS), Mato Grosso (MT), Paraná (PR), Rio de Janeiro (RJ), Rondônia (RO), Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), e São Paulo (SP), sendo a maioria dos pacientes do estado de São Paulo (Figura 1).

Legenda:

FLP-SO-fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO-fissura de lábio e palato com otite; CE-Ceará; DF-Distrito Federal; ES-Espírito Santo; GO-Goiás; MA-Maranhão; MG-Minas Gerais; MS-Mato Grosso do Sul; MT-Mato Grosso; PR-Paraná; SC-Santa Catarina; SP-São Paulo; RJ-Rio de Janeiro; RO-Rondônia; RS-Rio Grande do Sul.

Figura 1 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), de acordo com a procedência

5.1.5 - Cuidadores.

Nos resultados quanto aos cuidadores, observamos que a maioria das crianças do Grupo III (sem FLP) freqüentava entidades municipais em período integral, o mesmo não ocorrendo com aquelas dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO). A metade delas tinha, como cuidador principal, pai ou mãe,

seguido de membros familiares (principalmente avós) e, em menor número, babás ou empregadas domésticas. Todo o protocolo de avaliação foi executado junto à mãe e/ou pai e à criança (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FPL-CO) e III (semFLP), de acordo com os cuidadores principais.

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	CUIDADORES								
	PAI/MÃE		FAMÍLIA		INSTITUIÇÃO		OUTROS		TOTAL
IA	7	(50,00%)	4	(28,57%)	1	(7,14%)	2	(14,29%)	14
IIA	16	(59,26%)	4	(14,81%)	0	(0,00%)	7	(25,93%)	27
IIIA	0	(0,00%)	6	(19,35%)	20	(64,52%)	5	(16,13%)	31
IB	18	(50,00%)	10	(27,78%)	2	(5,56%)	6	(16,67%)	36
IIB	13	(52,00%)	7	(28,00%)	1	(4,00%)	4	(16,00%)	25
IIIB	2	(6,67%)	2	(6,67%)	24	(80,00%)	2	(6,67%)	30
TOTAL	56		33		48		26		163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato

5.2 - Tipo e lateralidade da fissura.

Nos resultados das 102 crianças com FLP, encontramos 67(65,68%) portadoras de FTIUE, 29 (70,73%) representando a faixa A e 38 (62,29%) a B, e 35 crianças (34,32%) portadoras de FTIUD, 12 (29,27%) representando a faixa A e 23 (37,71%) a B.

Os resultados obtidos, com relação à presença e ao tipo de fissura, de acordo com a faixa etária, estão descritos na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), de acordo com o tipo e a lateralidade da fissura

FAIXA ETÁRIA	FISSURA		
	TIUE	TIUD	TOTAL
A (22 a 24m)	29 (70,73%)	12 (29,27%)	41
B (34 a 36m)	38 (62,29%)	23 (37,71%)	61
TOTAL	67	35	102

m - meses; TIUE - Transforame incisivo unilateral esquerda; TIUD - Transforame incisivo unilateral direita; FLP-SO-fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO-fissura de lábio e palato com otite

A Figura 2 se refere a lateralidade da FTIU nos grupos com FLP.

FTIUE - fissura transforame incisivo unilateral esquerda; FTIUD - fissura transforame incisivo unilateral direita

Figura 2 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), de acordo com a lateralidade da FTIU

5.3 - Avaliação audiológica.

Nos resultados da avaliação comportamental com tons modulados, as 163 crianças dos 3 grupos apresentaram-se dentro dos padrões considerados de normalidade.

Nos resultados relativos à timpanometria, as crianças do Grupo III (sem FLP), que apresentaram curva do tipo B, foram excluídas do trabalho, permanecendo um total de 61 crianças. Quanto aos resultados das 102 crianças com FLP, 52 (50,98%) obtiveram curva do tipo B, característica de OM e 50 (49,02%), tipos A e C, no momento da triagem.

5.4 - Média de idade na triagem e na palatoplastia.

A média de idade, na faixa etária A, foi de 23m com desvio padrão no Grupo I (FLP-SO) de 0,7; no II (FLP-CO), de 0,9 e no III (sem FLP), de 0,82. A palatoplastia, na faixa etária A, foi realizada, em média, aos 12m no Grupo I (FLP-SO) e aos 13m no Grupo II (FLP-CO), com desvio padrão de 2,5 e de 3,6, respectivamente. Já a média de idade na faixa etária B foi de 35m nos três grupos e o desvio padrão, no Grupo I (FLP-SO), de 0,78, no II (FLP-CO), de 0,69 e no III (sem FLP), de 0,85. A palatoplastia, na faixa B, foi realizada, em média, aos 12m de idade no Grupo I (FLP-SO) e aos 18m no Grupo II (FLP-CO), com desvios padrão de 3,7 e de 17,6, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com média das idades na triagem e na palatoplastia

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	MÉDIA DE IDADE (m)	
	TRIAGEM	PALATOPLASTIA
IA	22,8	12,5
IIA	22,8	13,3
IIIA	23,4	#
IB	34,7	12,4
IIB	34,7	18,4
IIIB	35,4	#

m - meses; A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; # - crianças não operadas; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato

5.5 - Resultados por meio do Teste REEL-2.

Os resultados referentes ao Teste REEL-2, nas faixas A e B, demonstrando o desempenho das crianças dos 3 grupos, em relação à Lgg R e Lgg E, estão apresentados na tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com os dados de atraso (ATR) e normalidade (NL) do Teste REEL-2

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	TESTE REEL- 2				
	Lgg R		Lgg E		TOTAL
	NL	ATR	NL	ATR	
IA	9 (64,29%)	5 (35,71%)	7 (50,00%)	7 (50,00%)	n = 14
IIA	21 (77,78%)	6 (22,22%)	13 (48,15%)	14 (51,85%)	n = 27
IIIA	23 (74,19%)	8 (25,81%)	17 (54,84%)	14 (45,16%)	n = 31
	$\chi^2=0,87$; p=0,646 ns		$\chi^2=0,27$; p=0,873 ns		
IB	28 (77,78%)	8 (22,22%)	25 (69,44%)	11 (30,56%)	n = 36
IIB	15 (60,00%)	10 (40,00%)	17 (68,00%)	8 (32,00%)	n = 25
IIIB	28 (93,33%)	2 (6,67%)	27 (90,00%)	3 (10,00%)	n = 30
	$\chi^2=8,84$; p=0,012 *		$\chi^2=4,92$; p=0,085 ns		
TOTAL	124	39	106	57	163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; Teste REEL-2 - "Receptive-Expressive Emergent Language Test"; LggR - linguagem receptiva; LggE - linguagem expressiva; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; * - diferença estatística significativa; ns - diferença estatística não significativa; χ^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

5.6 - Resultados por meio da Escala ELM.

Os resultados referentes à Escala ELM, nas faixas A e B, demonstrando o desempenho das crianças dos 3 grupos quanto à Lgg R e E, estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com os dados de atraso (ATR) e de normalidade (NL) da Escala ELM

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	ESCALA ELM				
	Lgg AR			Lgg AE	
	NL	ATR		NL	ATR
IA (n=14)	10 (71,43%)	4 (28,57%)	(n=14)	2 (14,20%)	12 (85,71%)
IIA (n=27)	16 (59,26%)	11 (40,74%)	(n=27)	7 (25,93%)	20 (74,07%)
IIIA (n=31)	23 (74,19%)	8 (25,81%)	(n=31)	2 (6,45%)	29 (93,55%)
	$\chi^2=1,57$; $p=0,456$ ns			$\chi^2=4,24$; $p=0,120$ ns	
IB (n=35)	21 (60,00%)	14 (40,00%)	(n=32)	19 (59,38%)	13 (40,63%)
IIB (n=22)	13 (59,09%)	9 (40,91%)	(n=21)	9 (42,86%)	12 (57,14%)
IIIB (n=30)	24 (80,00%)	6 (20,00%)	(n=29)	24 (82,76%)	5 (17,24%)
	$\chi^2=3,67$; $p=0,160$ ns			$\chi^2=8,73$; $p=0,013^*$	
TOTAL	107	52		63	91

Nota: Na faixa B, houve 13 recusas; A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; Escala ELM - "Early Language Milestone Scale"; LggR – linguagem auditiva-receptiva; LggE - linguagem auditiva-expressiva; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; * - diferença estatística significativa; ns - diferença estatística não significativa; χ^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

Os resultados quanto ao item da Escala ELM, sobre a compreensibilidade de fala por pessoas estranhas, em relação à comunicação das crianças dos 3 grupos, são mostrados na tabela 11. Para a faixa etária A não houve diferença estatisticamente significativa ($H=1,87$; $p=0,392$). Para a faixa B, o teste de Kruskal- Wallis ($H=9,59$; 0,008) mostrou haver diferença significativa entre os grupos e pelo teste de Dunn, verificou-se diferença estatística entre os Grupos III (sem FLP) e II (FLP-CO) e não houve diferença entre os Grupos III (sem FLP) e I (FLP-SO) e os Grupos II (FLP-CO) e I (FLP-SO).

Tabela 11 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a compreensibilidade de estranhos

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	COMPREENSIBILIDADE DE ESTRANHOS				TOTAL
	-50%	50%	75%	100%	
IA	3(21,43%)	4(28,57%)	5(35,71%)	2(14,29%)	14
IIA	7(25,93%)	10(37,04%)	8(29,63%)	2(7,41%)	27
IIIA	6(19,35%)	10(32,26%)	6(19,35%)	9(29,03%)	31
Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 1,87; p=0,392 ns					
IB^{ab}	6(16,67%)	9(25,00%)	11(30,56%)	10(27,78%)	36
IIB^a	6(24,00%)	6(24,00%)	9(36,00%)	4(16,00%)	25
IIIB^b	2(6,67%)	3(10,00%)	10(33,33%)	15(50,00%)	30
Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 9,59; p=0,008*					
TOTAL	30	42	49	42	163

Nota: a, b e ab - Grupos com letras iguais não possuem diferença estatisticamente significativa entre si; A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; * - diferença estatística significativa; ns - diferença estatística não significativa; p - nível de significância

5.7 - Resultados por meio do Teste LDS.

Os resultados obtidos por meio do Teste LDS, nas faixas A e B, onde demonstramos o desempenho das crianças dos 3 grupos quanto à emissão de vocábulos isolados e de vocábulos por frases, estão apresentados na tabela 12. Para o número de vocábulos isolados, na faixa etária A, a Análise de Variância não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os 3 grupos ($F=1,73$; $p=0,185$). O mesmo ocorreu para os vocábulos por frases ($F=0,20$; $p=0,189$). Já na faixa etária B, a Análise de Variância mostrou diferença estatisticamente significativa, tanto para vocábulos isolados ($F=10,44$; $p=0,000085$), como para vocábulos por frases ($F=3,97$; $p=0,022$). O teste de Tukey mostrou, para os vocábulos isolados, diferença entre os Grupos III (sem FLP) e II (FLP-CO), III (sem FLP) e I (FLP-SO), porém não entre II (FLP-CO) e

I (FLP-SO). Já para os vocábulos por frases, o teste de Tukey mostrou diferença estatisticamente significativa entre os Grupos III (sem FLP) e II (FLP-CO).

Tabela 12 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com o Teste LDS

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	TESTE LDS/MÉDIA	
	VOCÁBULOS ISOLADOS	VOCÁBULOS POR FRASES
IA	90	2
IIA	74	3
IIIA	112	3
Análise de Variância = 1,73; p = 0,18 ns		Análise de Variância = 0,20; p=0,82 ns
IB	195 ^a	5 ^{ab}
IIB	167 ^a	4 ^a
IIIB	239 ^b	6 ^b
Análise de Variância; p=0,000085*		Análise de Variância=3,97; p=0,02*

Nota: a, b e ab-Grupos com letras iguais não possuem diferença estatisticamente significativa entre si; A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; Teste LDS – “Language Development Survey”; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; * - diferença estatística significativa; ns - diferença estatística não significativa; p - nível de significância

5.8 - Resultados por meio da avaliação fonoaudiológica.

Nos resultados desta avaliação, demonstramos a necessidade de encaminhamento fonoaudiológico, avaliação abrangente ou fonoterapia, por meio de indicadores significativos, abordados na ficha de rotina do HRAC–USP aplicada em todas crianças dos 3 grupos. Esses resultados são mostrados na tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com encaminhamento após avaliação fonoaudiológica

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	ENCAMINHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO			
	NÃO	AVALIAÇÃO	TERAPIA	TOTAL
IA	7 (50,00%)	5 (35,71%)	2 (14,29%)	14
IIA	7 (25,93%)	11 (40,74%)	9 (33,33%)	27
IIIA	18 (58,06%)	13 (41,94%)	0 (00,00%)	31
IB	16 (44,44%)	7 (19,44%)	13 (36,11%)	36
IIB	5 (20,00%)	8 (32,00%)	12 (48,00%)	25
IIIB	28 (93,33%)	2 (6,67%)	0 (00,00%)	30
TOTAL	81	46	36	163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura c lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato;

É relevante analisar mais um aspecto relativo à avaliação clínica fonoaudiológica, que é a possibilidade da coleta de dados que favoreça a definição de conduta fonoaudiológica em crianças pequenas, mais especificamente por volta de 2 a 3a de idade.

Os resultados de avaliações com dados insuficientes das crianças dos 3 grupos são mostrados na tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com os dados clínicos da avaliação fonoaudiológica

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	DADOS CLÍNICOS		
	INSUFICIENTES	SUFICIENTES	TOTAL
IA	7 (50,00%)	7 (50,00%)	14
IIA	17 (62,96%)	10 (37,04%)	27
IIIA	11 (35,48%)	20 (64,52%)	31
	$\chi^2=4,38$; p = 0,112 ns		
IB	6 (16,67%)	30 (83,33%)	36
IIB	4 (16,00%)	21 (84,00%)	25
IIIB	0 (00,00%)	30 (100,00%)	30
	$\chi^2=5,53$; p=0,063 ns		
TOTAL	45	118	163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; χ^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

5.9 - Resultados do relato dos cuidadores.

Nos resultados sobre os relatos de cuidadores mostramos a frequência quanto à recorrência familiar relativa aos distúrbios de comunicação, hábitos de sucção não nutritiva, queixas de fala, de hipoacusia e de infecções otológicas e, ainda, as correlações entre queixas de fala e os resultados da avaliação fonoaudiológica, descritos nas tabelas de 15 a 20.

Na tabela 16 mostramos os seguintes dados relativos à queixa parental de sucção não nutritiva: queixa ausente, chupeta, dedo e outros, os quais se referem à fralda, paninho e cobertor.

Tabela 15 – Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a recorrência familiar

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	RECORRÊNCIA FAMILIAR		
	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
IA	7 (53,85%)	6 (46,15%)	13
IIA	13 (54,17%)	11 (45,83%)	24
IIIA	21 (67,74%)	10 (32,26%)	31
$\chi^2=1,32$; p = 0,517 ns			
IB	20 (64,52%)	11 (35,48%)	31
IIB	12 (52,17%)	11 (47,83%)	23
IIIB	11 (40,74%)	16 (59,26%)	27
$\chi^2=3,29$; p=0,193 ns			
TOTAL	84	65	149

Nota: Na faixa A, 4 e na B, 10 cuidadores não souberam relatar; A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; ns - diferença estatisticamente não significativa; χ^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

Tabela 16 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a queixa parental de sucção não nutritiva

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	QUEIXA DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA				TOTAL
	AUSENTE	CHUPETA	DEDO	OUTROS	
IA	10(71,43%)	4(28,57%)	0(0,00%)	0(0,00%)	14
IIA	20(74,07%)	3(11,11%)	2(7,41%)	2(7,41%)	27
IIIA	3 (9,68%)	28(90,32%)	0(0,00%)	0(0,00%)	31
$\chi^2 = 42,27$; p = 0,000*					
IB	30(83,33%)	5(13,89%)	0(0,00%)	1(2,78%)	36
IIB	21(84,00%)	3(12,00%)	1(4,00%)	0(0,00%)	25
IIIB	14(46,67%)	16(53,33%)	0(0,00%)	0(0,00%)	30
$\chi^2 = 20,36$; p = 0,002*					
TOTAL	98	59	3	3	163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; * - diferença estatística significativa; χ^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

Tabela 17 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a queixa parental de hipoacusia

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	QUEIXA DE HIPOCUSIA		
	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
IA	13(92,86%)	1 (7,14%)	14
IIA	26 (96,30%)	1 (3,70%)	27
IIIA	31 (100%)	0 (0,00%)	31
	$X^2 = 1,96$; $p = 0,037$ ns		
IB	36 (100%)	0 (0,00%)	36
IIB	24 (96,00%)	1 (4,00%)	25
IIIB	26 (86,67%)	4 (13,33%)	30
	$X^2 = 5,75$; $p = 0,056$ ns		
TOTAL	156	7	163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; ns - diferença estatisticamente não significativa; x^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

Tabela 18 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), de acordo com a queixa parental de infecções otológicas

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	QUEIXA DE INFECÇÕES OTOLÓGICAS		
	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
IA	11 (78,57%)	3 (21,43%)	14
IIA	20 (74,07%)	7 (25,93%)	27
IIIA	16 (51,61%)	15 (48,39%)	31
$\chi^2 = 4,57$; $p = 0,10$ ns			
IB	28 (77,78%)	8 (22,22%)	36
IIB	21 (84,00%)	4 (16,00%)	25
IIIB	18 (60,00%)	12 (40,00%)	30
$\chi^2 = 4,57$; $p = 0,10$ ns			
TOTAL	114	49	163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; ns - diferença estatisticamente não significativa; χ^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

Tabela 19 - Distribuição dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) E III (sem FLP), de acordo com a queixa parental sobre distúrbios da fala

GRUPO/ FAIXA ETÁRIA	QUEIXA DOS DISTÚRBIOS DA FALA		
	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
IA	9 (64,29%)	5 (35,71%)	14
IIA	4 (14,81%)	23 (85,19%)	27
IIIA	19 (61,29%)	12 (38,71%)	31
$\chi^2 = 15,39$; $p = 0,00045^*$			
IB	13 (36,11%)	23 (63,89%)	36
IIB	4 (16,00%)	21 (84,00%)	25
IIIB	20 (66,67%)	10 (33,33%)	30
$\chi^2 = 15,019$; $p = 0,00055^*$			
TOTAL	69	94	163

A - 22m a 24m; B - 34m a 36m; FLP-SO - fissura de lábio e palato sem otite; FLP-CO - fissura de lábio e palato com otite; sem FLP - sem fissura de lábio e palato; ns - diferença estatisticamente significativa; ; χ^2 - Teste Qui-Quadrado; p - nível de significância

Tabela 20 - Correlação da queixa parental de distúrbios da fala e dados da avaliação fonoaudiológica

GRUPO/ QUEIXA PARENTAL	AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA				
	FAIXA A		FAIXA B		TOTAL
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
I NÃO	9 (100%)	0 (0,00%)	12 (92,31%))	1 (7,69%)	22
SIM	4 (80,00%)	1 (20,00%)	10 (43,48%)	13 (56,52%)	28
II NÃO	4 (100%)	0 (0,00%)	4 (95,00%)	0 (0,00%)	8
SIM	18 (78,26%)	5 (21,74%)	5 (23,81%)	16 (76,19%)	44
III NÃO	19 (100%)	0 (0,00%)	19 (95,00%)	1 (5,00%)	39
SIM	12 (100%)	0 (0,00%)	10 (100%)	0 (0,00%)	22
TOTAL	66	6	60	31	163

I (FLP-SO) - fissura de lábio e palato sem otite; II (FLP-CO) - fissura de lábio e palato com otite; III (sem FLP) - sem fissura de lábio e palato

6 - DISCUSSÃO.

A avaliação de crianças com FLP, para a detectar indícios de atraso no desenvolvimento da linguagem, deve ser realizada precocemente e também destinada a crianças sem fissura e com fator de risco (Lynch et al 1983, Nelli et al 1994, Whitehurst e Fischel 1994, Hatcher et al 1995, Wyatt et al 1996, Jocelyn et al 1996, Ward 1999 e Golding-Kushner 2001). Condições ou situações que auxiliam esse tipo de avaliação devem ser permanentemente estimuladas e direcionadas a alcançar a população alvo, onde quer que ela esteja (Lynch et al 1983, Drotar et al 1975, Leirião 1995 e Golding-Kushner 2001).

Com esse intuito idealizamos o presente trabalho e avaliamos uma amostra de 163 crianças, divididas em 3 grupos, sendo maior o número de crianças pertencentes aos grupos com FLP. O Grupo I (FLP-SO) tinha 50 participantes e o Grupo II (FLP-CO) 52, perfazendo o total de 102 crianças. O Grupo III, com 61 crianças sem FLP foi eleito grupo controle. A escolha foi aleatória, dependente da ordem de agendamento, tornou a amostra entre os 2 grupos de FLP assimétrica.

De acordo com o sexo, notamos que, pela ordem de encaminhamento, há predominância do sexo masculino nos grupos com FLP. Esse fato era esperado, pois na literatura já está bem determinada a predominância de meninos com esse tipo de anomalia (Tabith Júnior 1980, Capelozza Filho e Silva Filho 1992 e Silva Filho et al 2000). No nosso trabalho, os meninos (63,89%) predominaram no Grupo I B (FLP-SO), seguido do Grupo II B (FLP-CO) (60%), confirmando os dados da literatura. A diferença de sexo é

importante quando consideramos a localização da fissura, como também situações de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e da linguagem, a qual é demonstrada nos trabalhos de Lyytinen et al (1999) e Locke et al (2002). Dentre as diversas teorias que procuram justificar este dado, uma delas refere-se a diferença na dimensão do corpo caloso, quando meninos e meninas são comparados, principalmente na 1ª infância, uma vez que essa estrutura é maior no sexo feminino (Preis et al 2000 e Lee et al 2003). Outras situações que determinam desvio da razão sexual ocorrem em diversas condições genéticas, na quais ocorrem vários distúrbios da comunicação, como ocorre na síndrome do cromossomo X frágil (Giacheti 1992), na síndrome de Angelman (Fridman 1997), na síndrome de Prader-Willi (Fridman 1997), na síndrome de Rett (Jellinger 2003) e na gagueira (Oliveira 2003).

No presente estudo, quando consideramos a razão sexual para os 3 grupos, verificamos que é maior a concentração de meninos com alterações de desenvolvimento de linguagem nos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), principalmente entre 34 a 36 meses de idade. Os encontrados no Grupo III (sem FLP) são próximos ou melhores do que os encontrados nos outros grupos, nas 2 faixas etárias. Esses valores são encontrados nos Testes REEL-2 e ELM (tabela 9 e 10), devido ao maior número de dados de NL e no Teste LDS (tabela 12), no qual se verifica o maior número de vocábulos isolados e de vocábulos por frase, na faixa B. Isso é justificado pelo menor número de encaminhamentos para avaliação fonoaudiológica (tabela 13), no Grupo III A (sem FLP). Os dados acima confirmam o melhor desempenho das meninas, de acordo com o esperado, embora sem diferença estatisticamente significativa. Estudos semelhantes foram conduzidos por Klackenberg (1980), mostrando

resultados nos quais as meninas apresentavam-se em menor número nos grupos com atraso de linguagem e em maior número nos grupos com fala mais desenvolvida, quando comparadas aos meninos. Dados compatíveis foram mostrados por Rescorla e Alley (2001), identificando mais meninos do que meninas com atraso de linguagem, ou seja, de 10 a 15% na idade de 2a. O maior vocabulário no LDS foi encontrado nas meninas, com 205 palavras emitidas, comparadas com 164 dos meninos. O autor observou que as meninas também nomearam mais objetos e figuras do que os meninos, mas só obtiveram diferença significativa no Teste do Desenvolvimento Mental de Bayley. Por outro lado, Dale (1991), em estudo similar, na comparação de escores absolutos, não observou diferença estatisticamente significativa entre meninas e meninos. Entretanto, a análise do número de erros, mostrou que os pais, superestimam a sintaxe nas meninas e a subestimam nos meninos, diferença não observada em relação ao vocabulário.

Dados encontrados no Grupo II (FLP-CO) são próximos ou de pior performance, em relação aos dos outros grupos, nas 2 faixas etárias, o que foi demonstrado pelos Testes REEL-2 e ELM (tabela 9 e 10). No Teste LDS, o menor número de vocábulos isolados e vocábulos por frase (nas faixas A e B) (tabela 12) confirma os achados do REEL-2 e ELM, o que está em acordo com o maior número de encaminhamentos na avaliação fonoaudiológica (tabela 13), dos componentes do Grupo II (FLP-CO), na maioria meninos. Todas essas conclusões são frutos da observação sistemática de nossos pacientes e embora não haja diferença estatisticamente significativa, o número é preocupante, indicando a necessidade da abordagem precoce. Nossos achados são semelhantes aos de Dickson (1972) e Smit (1975), que

utilizaram, entre outros instrumentos de avaliação, o REEL-2. Sugerimos outras investigações com casuísticas maiores, para que esses dados possam ser confirmados.

No que se refere à lateralidade da fissura, das 102 crianças estudadas nos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) e nas faixas etárias A e B, 66% são portadoras de FTIUE e 34%, de FTIUD, dados compatíveis com os de Capellozza Filho e Silva Filho (1992). A predominância da FLP à esquerda ainda é assunto de discussão, porém, ao que tudo indica, deve-se às diferenças quanto ao tempo de desenvolvimento embrionário e às assimetrias vasculares do tronco braquicefálico (Opitz 1982, Yorita e Melnick 1988), sendo responsável, na primeira, o tempo de exposição a agentes diversos e na segunda, eventuais agressões vasculares (disrupturas).

Nível socioeconômico baixo relaciona-se com inúmeros fatores predisponentes para atraso, em diversas funções do desenvolvimento humano, pois aumenta o número de agressões ambientais sobre o desenvolvimento embriológico, o que pode resultar em comprometimento do sistema nervoso central como um todo (Minja e Machemba 1996, Kritzinger et al 1996 e McConnochie et al 1997). Incluem-se aqui os agentes infecciosos, parasitários, qualidade da assistência durante a gravidez e parto, entre outros, que o meio pode propiciar devido à pobreza (Willcox, 1994). Esses fatores estão bem documentados no que diz respeito ao desenvolvimento de linguagem (Locke et al 2002). Klackenberg (1980), através de um estudo longitudinal com crianças normais, por um período de 20 anos, observou que a condição socioeconômica dos pais era mais baixa para o grupo com atraso de fala. Isto, no entanto, é controverso, pois Dickson (1972) demonstra, em seu estudo, através da Escala

REEL-2, que não houve diferença estatisticamente significativa no desenvolvimento da Lgg R e E, quando comparado o desempenho de crianças pertencentes a famílias de classe média e baixa.

Na população atual do HRAC-USP, de 37.450 pacientes, ocorre o predomínio de indivíduos pertencentes à classe BS, com 15.163, seguida de BI, com 7.546 e MI, com 8.037. Encontramos maior frequência, nas crianças dos três grupos da classe baixa inferior (BI) e baixa superior (BS), segundo classificação de Graciano et al (1999), o que reflete, mais uma vez, a amostragem do hospital. O pareamento por classe revelou que na faixa A não houve diferença estatisticamente significativa, ocorrendo, na faixa B, melhor desempenho do Grupo III (sem FLP), com diferença significativa. O nível socioeconômico não teve grande influência nos resultados.

Em alguns trabalhos com amostras pareadas, diferenças na ocorrência de OM são apontadas em relação ao nível socioeconômico, com maior frequência em níveis socioeconômicos mais baixos (Minja e Machemba 1996). Em outros, a diferença no nível socioeconômico parece ser um fator prejudicial diretamente para a linguagem verbal, a qual pode interferir no desenvolvimento da leitura e da escrita (Locke et al 2002). Em nossa pesquisa não pudemos avaliar a diferença entre os níveis socioeconômicos, uma vez que a amostra está constituída de crianças das classes BS e BI. Para estabelecer as reais diferenças seria necessário o estudo de pacientes de outras classes sociais.

Quanto à procedência, as famílias das crianças do Grupo III (sem FLP) eram todas de instituições (creches) e de familiares de funcionários do HRAC-USP, da cidade de Bauru. Os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) eram de várias regiões do país, sendo o maior número do estado de São Paulo.

Os cuidadores das crianças do Grupo III (sem FLP) eram profissionais das instituições às quais pertenciam, enquanto que nos outros 2 grupos, eram preferencialmente os pais. Apesar da diversidade de cuidadores, não houve melhor desempenho das crianças dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), quando comparamos ao Grupo III (sem FLP), quanto às habilidades de linguagem. Sabemos que prejuízos nas interações entre a díade pais-filho podem ocorrer devido à perda do filho idealizado, fato que é justificado por alguns autores (Drotar et al 1975, Richman e Eliason 1993 e Young et al 2001). Reações parentais, como conflitos, reações emocionais, dúvidas, perturbações e necessidades podem ser fatores causais de distúrbios de linguagem, em crianças portadoras de fissuras (Tabith Júnior 1980, 1988, Chapman e Hardin 1991, Tfouni e Ferrioli 2001). Do mesmo modo, encontramos, na literatura, dados referentes ao discurso dos pais de crianças com diagnóstico de atraso de linguagem, que inconscientemente reforçam a incapacidade de seus filhos ao não acreditarem na possibilidade de virem a falar adequadamente. A importância de programas de intervenção no processo da formação de vínculo positivo da díade pais-filhos é apontada por Richman e Eliason (1993). Luzardo (2002) justifica programas de intervenção pelo grande impacto provocado pelo nascimento de uma criança portadora de deformidade facial. Tais programas são importantes para a elaboração de auto-imagem positiva da criança, assim como contribuem para o seu desenvolvimento global.

Enquanto a classificação socioeconômica não determina diferenças significantes entre os grupos, os aspectos relativos aos cuidadores e à procedência das famílias apresentaram-se diferentes.

A alta incidência de curva B na timpanometria levou-nos a dividir as crianças com FLP em 2 grupos, devido à presença de OM, que é comum neste tipo de população, dado que é apontado em vários trabalhos da literatura (Costa Filho e Piazzentin 1994, Nelli et al 1994, Sancho Martín et al 1997 e Hutters et al 2001). Dentro desse contexto, evidenciam-se, ainda, estudos sobre a influência da OM e da perda auditiva sobre o desenvolvimento de linguagem (Chapman 1991, Schöenweiler et al 1996, Jocelyn et al 1996, Neiman e Savage 1997 e Golding-Kushner 2001). Nossos resultados, nos testes aplicados e na avaliação clínica, são compatíveis com os dados acima referidos. Isto se destaca quando observamos que o grupo com maiores índices de ATR ou com pior desempenho, ou seja, o Grupo II (FLP-CO), mostrava na timpanometria curva do tipo B.

Em nossa pesquisa observamos que o Grupo II (FLP-CO) foi submetido a palatoplastia, aproximadamente, 6m após o Grupo I (FLP-SO), fato ainda discutido na literatura (Pamplona 2001, Suguimoto 2002) que vem justificar a importância de outras pesquisas.

6.1 - Análise dos resultados obtidos no Teste REEL-2.

Os resultados obtidos no REEL-2, especificamente da Lgg R mostraram que crianças da faixa etária A dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), bem como as do Grupo III (sem FLP), demonstraram maiores índices de dados de NL, assim distribuídos: 64,29% crianças no Grupo I (FLP-SO), 77,78% no Grupo II (FLP-CO) e 74,19% no Grupo III (sem FLP), porém sem diferença estatisticamente significativa. Em relação à Lgg E, as crianças da faixa etária A nos 3 grupos apresentaram dados de NL e ATR equivalentes e inferiores à

performance referente à Lgg R. O índice mais alto de NL foi observado no Grupo III (sem FLP), em 54,84% das crianças e o mais alto de ATR do Grupo II (FLP-CO), em 51,85% das crianças, embora também não ocorra diferença estatisticamente significativa entre eles. Essas diferenças podem não ocorrer, pois Smit (1975) sugere que o Teste REEL-2 tem maior poder de predição nas faixas etárias de 1 e 3a de idade e menor na faixa de 2a, o que também é referido por Hutters et al (2001). No presente trabalho são concordantes os dados obtidos na faixa de 3a, porém não com 2a.

Na faixa etária B, os resultados de Lgg R demonstraram, nos 3 grupos, maiores índices de NL, com diferenças estatisticamente significantes. Contudo, devemos considerar os dados de ATR, que ocorreu em 40% das crianças do Grupo II (FLP-CO) e 22,22% das crianças do Grupo I (FLP-SO) e que, mesmo não sendo alarmantes, são indicativos da necessidade de reabilitação em tempo nesses grupos. Ainda nessa faixa B, quanto à Lgg E, observou-se maior número de NL no Grupo III (sem FLP) - 90% das crianças - e em menores valores, mas aproximados, nos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), sem diferença estatisticamente significativa. Considerando tais achados, verificamos que houve aumento, da faixa A para B, de dados de ATR somente no Grupo II (FLP-CO) - de 20% das crianças - em relação à Lgg R. Entretanto, na faixa etária B, 30,56% crianças do Grupo I (FLP-SO) e 32% do Grupo II (FLP-CO) tiveram resultado de ATR em Lgg E, enquanto apenas 10% das do Grupo III (sem FLP), estavam nesta condição. Esses resultados indicam a necessidade de procedimentos de reabilitação, em tempo, na população com FLP.

No presente estudo, observou-se diferença estatisticamente significativa apenas na Lgg R na faixa B, um aumento de dados de ATR no Grupo II (FLP-CO), na Lgg R da faixa A para B e alto número de ATR nos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), em relação ao III (sem FLP), na Lgg E, na faixa B.

Os achados de Smit (1975) devem ser revistos e comparados com outros, que, utilizando o Teste REEL-2, apontam para atraso no desenvolvimento de linguagem de crianças com FLP, na idade de 12 a 24 meses (Jocelyn et al 1996) e de 2 a 33m (Fox et al 1978). Nesses estudos, a utilização suplementar de outros testes pode ter concorrido para que, nesse intervalo, os resultados fossem diferentes, porém isto não invalida a utilidade do Teste REEL-2. No nosso trabalho acrescentamos outros dois, para consubstanciar nossos resultados. Embora na Lgg E nossos dados difiram dos encontrados por Jocelyn et al (1996), quando recorremos à Escala ELM demonstramos atraso na Lgg E na faixa B, com diferença estatisticamente significativa. A diferença observada no Teste REEL-2, com os dados de Jocelyn et al (1996), pode ser atribuída a variáveis amostrais ou metodológicas.

6.2 - Análise dos resultados obtidos na Escala ELM.

Nos resultados obtidos na Escala ELM, relativos à Lgg R, as crianças dos Grupos I (FLP-SO), II (FLP-CO) e III (sem FLP), na faixa etária A, demonstraram, em maior número, performance próxima dos padrões de NL. A menor porcentagem foi do Grupo II (FLP-CO), com 59,26% de crianças quando comparada às do Grupo I (FLP-SO) (71,43%) e III (sem FLP) (74,43%), sem diferença estatisticamente significativa entre eles. Salientamos que de 27

crianças do Grupo II (FLP-CO), 11(40,74%) apresentaram dados de ATR na Lgg R. Em relação à Lgg E, as crianças da faixa etária A, dos 3 grupos, demonstraram performance inferior às da faixa B, embora sem diferença estatisticamente significativa e o pior desempenho ficou com Grupo III A (sem FLP) (93,55%). Este último dado apontou a única medida em que o Grupo III (sem FLP) apresentou resultados piores, mas com uma melhora significativa na faixa B. A elevada frequência do Grupo III A (sem FLP) pode ser analisada considerando:

a) as classes BS e BI, a que as famílias pertencem, o que justifica o ATR nos itens da Escala ELM;

b) a representação que os cuidadores fazem da sua criança como falante, uma vez que, em seus relatos existe elevado número de queixas de distúrbios de fala, não detectados pela fonoaudióloga, por serem simplificações fonológicas esperadas para idade;

c) a presença de outros cuidadores, além dos pais, que interferem nesse processo de construção da linguagem. Se considerarmos que a criança desenvolve sua linguagem por meio das interações que vivencia com o interlocutor privilegiado, ela então, assimila melhor o conteúdo do seu dia-a-dia.

Na faixa B, os resultados de Lgg R mostraram melhores performances nas crianças dos 3 grupos, sendo que o Grupo III (sem FLP) se destacou com maior porcentagem, que foi de 80%, contudo sem diferenças estatisticamente significantes. Já na Lgg E, os resultados dessa faixa alcançaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O Grupo II (FLP-CO) apresenta pior performance (57%), seguido dos Grupos I (FLP-SO) (41%) e III (sem FLP)

(17%), nos quais fica clara a proximidade entre os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) e o bom desempenho do Grupo III (sem FLP).

Alguns autores afirmam que a Escala ELM é uma medida válida do “status” do desenvolvimento entre as crianças consideradas de risco para distúrbios no processo de desenvolvimento da linguagem, pois crianças assim identificadas e inscritas em programas de intervenção, na avaliação abrangente foi confirmada a presença do atraso no desenvolvimento (Coplan et al 1982). Isto implica que crianças com menos de 3a de idade, que manifestam atraso nas etapas de desenvolvimento da linguagem, devem ser submetidas à avaliação formal, ao invés de esperar que suas dificuldades sejam espontaneamente superadas. Em nossos resultados, os dados de atraso na Lgg E, apenas os da faixa B são concordantes com a literatura (Fox et al 1978, Chapman 1991, Scherer e D’Antonio 1995, Jocelyn et al 1996, Bzoch 1997b, Neiman e Savage 1997, Hutters et al 2001).

Ressaltamos que o item sobre a compreensibilidade da fala das crianças por pessoas estranhas, na Escala ELM, apresentou porcentagem mais alta no Grupo III (sem FLP). Os dados dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) são próximos entre si, na faixa etária B, assim aplicamos o Teste de Dunn, porém, para o Grupo II (FLP-CO), os dados foram piores do que os do I (FLP-SO). Esses achados são compatíveis com os encontrados na literatura, quando se referem à presença de fissuras que comprometem o palato e determinam os distúrbios articulatorios compensatórios e hipernasalidade (Bzoch 1997b, Tabith Júnior 1980, 1988 e Nelli et al 1994). Tais características prejudicam a inteligibilidade de fala em diferentes graus, o que interfere diretamente na

compreensibilidade desses falantes, por pessoas que não convivem diariamente com eles.

6.3 - Análise dos resultados obtidos no Teste LDS.

Nos resultados obtidos no Teste LDS, as crianças do Grupo III (sem FLP), da faixa etária A, apresentaram o maior número de produções verbais, em relação às dos outros grupos, ou seja 112 vocábulos isolados, embora sem diferença estatisticamente significativa. Ainda nessa faixa, os três grupos mostraram o uso médio de 3 vocábulos por frase.

Na faixa etária B, o Grupo III (sem FLP), com 239 vocábulos isolados, ainda continuou com maior número de produções verbais, em relação aos Grupos I (FLP-SO) (195) e II (FLP-CO) (167). Também permaneceu, esse grupo, com maior média nos resultados da formação de frases, com uso de 6 vocábulos, sendo, nesse caso, a diferença estatisticamente significativa em ambos os resultados.

Para Klee et al (1998), o LDS é um teste prático e eficaz em programas de triagem, em crianças menores de 3a de idade, com excelente sensibilidade e especificidade para identificação de atraso de linguagem. Esse atraso aos 2a foi definido tomando como base o uso de um número de palavras inferior a 50, ou a não combinação de palavras formando uma frase de 2 vocábulos, através do Teste LDS, que mostrou correlação com outros testes, considerando-se o vocabulário expressivo.

Roberts et al (1998) demonstraram não haver diferença estatisticamente significativa na idade de 3a, quando compara crianças com

desenvolvimento normal de linguagem àquelas com atraso específico de Lgg E. Contudo, apresentaram diferenças quanto ao inventário fonético, frequência de emissões adequadas de consoantes e inteligibilidade de fala. Esses dados são sugestivos de que as crianças com 2a tinham menores habilidades fonológicas e eram menos falantes do que as de 3a. Nossos resultados não estão em acordo com os de Roberts et al (1998), uma vez que mostram diferenças estatisticamente significantes na faixa B, ou seja, com aproximadamente 3a.

No estudo epidemiológico de Rescorla e Alley (2001), o LDS mostrou eficácia para mensuração do vocabulário expressivo. A distribuição de frequência total de relatos dos vocábulos indicou, na amostra de 422 crianças: a) 8% com menos de 50 palavras; B) 12% entre 50 e 99 palavras; c) 15% entre 150 e 199 palavras e d) 50% de 200 ou mais palavras. Com isso, eles definiram 3 tipos de atraso: Atraso 1, com número menor que 30 palavras e sem combinação entre elas; Atraso 2, com número menor que 30 palavras ou sem combinação; e Atraso 3, com número menor que 50 palavras ou sem combinação.

No nosso trabalho, demonstramos, nos 3 grupos, resultados acima de 50 palavras e com combinação de pelo menos 2 delas na faixa A. Ao correlacionar nossos resultados com os dados de Rescorla e Alley (2001), não observamos nenhum caso que se enquadrasse na classificação de atrasos por eles utilizados (1, 2 ou 3). Comparando-os com a distribuição de frequência de vocábulos, descrita por esses autores, observamos que os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) encontram-se em uma frequência de 15%, por emitirem palavras

na ordem de 167 e 195, respectivamente e principalmente na faixa B, o que é esperado, já que temos 1a de ganho de desenvolvimento.

Roberts et al (1998), analisaram uma amostra de crianças com 3a de idade, por meio da aplicação do LDS e verificaram que apresentavam, como média de vocabulário isolado, 226 palavras, o que é similar ao encontrado no Grupo III B (sem FLP), que usa 239 palavras. Isto nos mostra que quando utilizamos testes para a mesma idade, nossos dados são similares, porém há diferença estatisticamente significativa quando consideramos os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO). Além disso, é ainda mais importante quando comparamos nossos dados, obtidos em crianças portadoras de FLP, com os de Rescorla e Alley (2001), os quais avaliaram apenas crianças sem FLP ou outras anomalias craniofaciais.

6.4 - Análise dos resultados obtidos na avaliação fonoaudiológica.

Nos resultados da avaliação fonoaudiológica constatamos que o Grupo III A (sem FLP) apresentou maior número de casos que não necessitavam de encaminhamento (58,06%). Controversamente, também foi o grupo com maior número de casos que necessitaram de avaliação, porém sem indicação para fonoterapia. Esse paradoxo pode ser justificado por questionamentos relativos a classe socioeconômica BS e BI, às quais pertencem às crianças, pois alguns níveis de desenvolvimento da linguagem não foram atingidos na idade esperada pelos testes REEL-2 e ELM. Além disso, podemos atribuir, que na faixa A, há elevada ocorrência de simplificações fonológicas e ainda que a amostra de fala, obtida na avaliação clínica, foi pequena.

O Grupo III B (sem FLP) também manteve o maior número de casos que não necessitavam de encaminhamento (93,33%), tendo atingido, nessa faixa, o menor número de crianças que necessitavam de avaliação (6,7%) e sem nenhum encaminhamento para fonoterapia.

No Grupo II A (FLP-CO), os resultados apontaram número representativo de indicação para avaliação em 40,74% das crianças, dado este aproximado do Grupo III A (sem FLP), sendo ainda deste grupo o maior número de indicação para fonoterapia (33,33%). No Grupo III B (sem FLP) observou-se diminuição relevante dos casos com indicação para avaliação e, em menor quantidade, para os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO). O aumento da idade, na época de avaliação, fez com que crianças dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), na primeira avaliação, fossem muito melhor do que na segunda, com 3a, embora tivessem melhora na performance como falantes, existiam freqüentes distúrbios articulatorios compensatórios e hipernasalidade.

A maioria das 72 crianças avaliadas, com exceção do Grupo II (FLP-CO) com 37,04% apresentaram dados suficientes na faixa A, representando um universo que possibilitou a detecção daqueles casos que necessitavam de avaliação abrangente ou até mesmo de terapia.

Na faixa B, os resultados foram melhores, na ordem de 84% para as crianças dos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) e de 100% para as do Grupo III (sem FLP) apresentando condições de serem avaliadas e encaminhadas quando necessário. Em todas situações, o Grupo III (sem FLP) destacou-se com o maior número de crianças nas quais obtivemos suficiente informação.

Coudry e Scarpa (1985) e Reed (1994) enfatizam a preocupação com o processo de avaliação de linguagem, discutindo os seguintes pontos: a)

evitar criar e/ou sistematizar o déficit inadequadamente; b) não centrá-lo na patologia, mas sim no sujeito; e c) que procedimentos de avaliação isolados, descontextualizados, geram resultados falso positivo ou falso negativo. Destacam ainda, a relevância do relato dos cuidadores, como parte da história do caso, contribuindo para determinar a ausência ou presença dos distúrbios de linguagem. Por outro lado, enfatizaram que a avaliação e o diagnóstico devem ser processos contínuos e que a avaliação não é distinta da intervenção, já que são processos dinâmicos e interativos. Nesta pesquisa, consideramos na aplicação, o tempo reduzido, o nível socioeconômico, a compreensão dos cuidadores, a faixa etária, a situação estressante e a fase de desenvolvimento de cada criança avaliada. Utilizamos ainda, a aplicação dessa avaliação clínica, para posterior encaminhamento a outros profissionais, visando contribuir para que não ocorressem resultados falso positivo ou falso negativo.

A grande contribuição deste trabalho é a detecção precoce de distúrbios de linguagem, o que é compatível com alguns dos objetivos do processo de avaliação e diagnóstico de crianças com essa suspeita. Nossos achados são similares àqueles apresentados por Lund e Duchan (1988) quando propõe: a) determinar se a criança tem problemas de linguagem; b) identificar a causa do problema; c) identificar as áreas de dificuldade; d) descrever as regularidades dos comportamentos de linguagem e decidir qual procedimento a recomendar.

6.5 - Análise do relato dos cuidadores

Em relação aos relatos dos cuidadores quanto à recorrência familiar de distúrbios de comunicação, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as crianças de todos os grupos.

Nossa abordagem, no Setor de Fonoaudiologia do HRAC – USP, estrutura-se em ações preventivas durante os primeiros 3a de idade, incluindo tanto orientações aos cuidadores como triagem dos marcos do desenvolvimento de linguagem que utilizamos neste trabalho. Dentre outros dados pesquisados, obtivemos também relatos sobre a sucção não nutritiva, os quais ganharam proporção, perante os resultados com diferença estatisticamente significativa entre os grupos de ambas as faixas etárias (Test X^2 , $p=0,00$ na A e $p=0,002$ na B). Encontramos no Grupo III (sem FLP), o maior número de crianças utilizando chupeta, na ordem de 90,32% na A e 53% na B. Na utilização de outros hábitos (como sucção de língua, de fralda) ou sucção digital, sobressaiu-se o Grupo II (FLP-CO) com pequeno número de casos. No Grupo III (sem FLP) esse achado deve ser valorizado, pois é seguramente um dos agentes atuantes no desenvolvimento de maloclusões. Atribuímos a baixa frequência de hábitos de sucção não nutritiva, nos grupos com fissura à eficácia das orientações preventivas, que fazem parte de nosso protocolo. Programas de orientação aos cuidadores devem ser estimulados.

Na literatura encontramos dados que refletem os problemas ortodônticos conseqüentes aos hábitos de sucção não nutritiva (Black et al 1990, Oliveira Júnior 1991, Soligo 1999, Leite et al 1999 e Zardetto 2000), podendo levar à inadequação do tono dos órgãos fonoarticulatórios e

desencadeando má-postura de mandíbula, lábios e língua, fatores que podem acarretar distúrbios na aquisição dos fonemas e alterações na fala da criança (Marchesan 1991).

Com referência ao relato dos cuidadores quanto a presença de hipoacusia, no Grupo III (sem FLP), na faixa A, não houve nenhum caso, enquanto que na faixa B, 13% dos cuidadores informaram esse tipo de queixa. Nos Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO), faixa A, apenas 1 caso em cada faixa foi mencionado, enquanto que na faixa B, apenas no Grupo II (FLP-CO) houve relato em 4%. Os dados referidos não apresentam diferença estatisticamente significativa.

Em relação ao aspecto acima apontado, a literatura traz informações gerais de presença ou não de queixas, sem identificar qual o tipo mais comum nos indivíduos com FP (Ribeiro 1987). Trabalho semelhante (Piazzentin 1989), é concordante com nossos dados, ao considerar que casos com perda auditiva leve, apresentam sintomas tão discretos que podem passar despercebidos pelo indivíduo e/ou seus cuidadores, ou ainda por apresentarem alterações auditivas assintomáticas. O autor salienta a importância do diagnóstico auditivo precoce, o qual conduz ao tratamento que favorece a saúde auditiva, que pode não implicar em privação das informações sensoriais necessárias ao desenvolvimento normal de linguagem.

Os resultados dos relatos dos cuidadores sobre às queixas de infecções otológicas, desde o nascimento, nas crianças com e sem FLP, apontaram para percepção parental maior no Grupo III (sem FLP), com índices de 48,39% na faixa A e 40% na B. Nos dois outros grupos com FLP,

aproximadamente 20% dos casos, em ambas as faixas etárias, apresentaram essas queixas, contudo não havia diferença estatisticamente significativa. Os dados são conflitantes com os resultados das avaliações audiométricas e os da timpanometria, onde todas as crianças avaliadas apresentaram resultados dentro dos padrões de normalidade.

Apesar dessas controvérsias, estudos mencionam as creches como indicadores de risco para o desenvolvimento da OM, dado a densidade de frequentadores e os meios propícios para os agentes patogênicos (Lubianca Neto et al 1993, Marx 1995 e Rovers et al 1999). É discutido por Cerutti (1992) e Odabasi et al (1998) o desconhecimento dos cuidadores e coordenadores das creches sobre a patologia da orelha média e suas implicações.

Relatos de queixas sobre distúrbios de fala estavam presentes em todos os grupos, em ambas faixas etárias, com diferença estatisticamente significativa. Esses dados apontaram para o Grupo II (FLP-CO), maior número de casos, na ordem de 84%, em ambas as faixas etárias. Os Grupos I A e B (FLP-SO) apresentaram dados aproximados, de 36% na faixa A, sendo que com o aumento da idade, na faixa B, atingiram 64% (Tabela 17). O maior número de queixas sobre distúrbios de fala concentrou-se nas crianças com FLP do Grupo I (FLP-SO) e do Grupo II (FLP-CO). A bibliografia relacionada é restrita, mas mostra que os cuidadores interpretam acima de 60%, tanto de palavras quanto de emissões (Pearson et al 1992 e Kwiatkowski e Shriberg 1992).

Os relatos dos cuidadores e os resultados da avaliação fonoaudiológica tiveram correlação positiva quanto à ausência e presença dos

distúrbios de fala. Na faixa A, sempre que os cuidadores relataram queixas, na grande maioria das vezes (80% no Grupo I, 78,26% no II e 100% no III), não foram detectados distúrbios pela avaliadora. Na faixa B, na maioria das vezes (92,31% no Grupo I, 100% no II e 95% no III), os pais não tinham queixas e nenhum distúrbio foi detectado na avaliação. Todavia, quando os cuidadores relataram queixas, observamos que: a) no Grupo I (FLP-SO), em 56,52% das vezes a avaliação foi concordante, b) no Grupo II (FLP-CO), em 76,19% também houve concordância e c) no Grupo III (sem FLP), em todos os casos, não houve concordância entre a presença de distúrbios de fala e a avaliação clínica. Os dados acima mostram a eficácia dos relatos dos cuidadores, relativos à percepção dos distúrbios de fala de seus filhos.

6.6 - Considerações gerais.

Os dados do Teste REEL-2 mostram maior número de NL, nos 3 grupos, para a Lgg R, em ambas as faixas etárias, mas com diferença estatisticamente significativa apenas na B, sendo mais baixo o desempenho nos Grupos I A (FLP-SO) e II B (FLP-CO). Na Lgg E os dados de NL e ATR foram equivalentes para as faixas A e B.

Os dados da Escala ELM mostram maior número de NL em todos os grupos, em ambas as faixas na Lgg R, sem diferença estatisticamente significativa. Na Lgg E observou-se ATR nos 3 grupos, sendo que na faixa A não houve diferença estatisticamente significativa, diferentemente do ocorrido na faixa B. No Grupo III (sem FLP), destacamos o maior índice de ATR na faixa A e, paradoxalmente, o número menor de ATR na B. Embora haja, nesta

escala, altos índices de NL, devemos considerar os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) com números de ATR indicativos de intervenção.

Nos resultados obtidos no Teste LDS, no item relativo ao uso de vocábulos isolados, o Grupo III (sem FLP) apresentou a média mais alta, em ambas as faixas etárias, sugerindo melhor desempenho das crianças deste grupo em relação aos demais.

Os nossos achados em crianças com FLP, de aproximadamente 2a, concordam com os de Long e Dalston (1983), quando afirmam que crianças com FTIU e FTIB não manifestam “déficit” de compreensão na idade de 1 ano.

Há concordância ainda com os dados de Neiman e Savage (1997), os quais relatam que na idade de 24 m os resultados são próximos entre as crianças com e sem FLP.

Dados semelhantes, ou seja, próximos da NL, também foram referidos por Lynch et al (1983) e Chapman (1991).

Na avaliação fonoaudiológica podemos concluir que:

- a) os Grupos I (FLP-SO) e II (FLP-CO) tiveram número menor de casos para avaliação, contudo número maior para fonoterapia na faixa A. Da faixa A para B foi marcante o aumento de casos com encaminhamento para fonoterapia;
- b) o Grupo II (FLP-CO), tanto na faixa A como B, mostrou elevado número de indicações para fonoterapia e avaliação, visando a confirmação do atraso no desenvolvimento de linguagem, por se tratar de grupos de risco;

- c) o Grupo III (sem FLP), em ambas as faixas etárias, apresentou maior número de crianças em desenvolvimento de linguagem, nos padrões de NL;
- d) os dados obtidos na avaliação fonoaudiológica foram, na maioria da vezes, suficientes para definir a conduta fonoaudiológica quanto à necessidade de avaliação abrangente ou fonoterapia. Assim, podemos afirmar, que é possível, na idade de 2a, mas principalmente com 3a, realizarmos triagem, por meio de medidas de relato de cuidadores, bem como avaliação clínica fonoaudiológica. Isto é de grande importância por favorecer programas de intervenção precoce às crianças de risco para atraso no desenvolvimento de linguagem;
- e) a freqüente presença de OM nas crianças avaliadas foi fator significativo, atingindo aproximadamente 50% da casuística com FLP. Esse fator tem sido considerado de relevância para o desenvolvimento de linguagem em diversos trabalhos e é confirmado no nosso.

Neste estudo, evidências confirmam a necessidade de atenção fonoaudiológica mais acurada, antes mesmo dos 24 meses, visando à prevenção de danos ao desenvolvimento da linguagem. Pontos importantes, também foram abordamos em relação à utilização de testes de triagem, estruturados em medidas de relato dos cuidadores, assim como à definição diagnóstica de problemas de desenvolvimento. Observamos ainda, que o esforço conjunto da equipe no desenvolvimento de procedimentos e de resolução mais cedo possível é altamente aconselhável para as crianças com FLP.

7- CONCLUSÕES.

- ♦ O protocolo apresentado mostra-se eficaz quando comparamos os resultados dos testes com os da avaliação clínica fonoaudiológica;
- ♦ A confiabilidade do protocolo é ainda observada na aplicação em crianças sem FLP, como instrumento de triagem, na avaliação do desenvolvimento da linguagem;
- ♦ Por meio da aplicação desse protocolo demonstramos diferença existente em crianças com FLP, portadoras de OM, quanto ao desenvolvimento de linguagem;
- ♦ A presença de atraso de linguagem receptiva por meio do REEL-2, de linguagem expressiva por meio da ELM e LDS, entre os grupos com FLP (I e II) e sem FLP (III), foi observada aproximadamente aos 3 anos de idade; resultados estes concordantes com avaliação fonoaudiológica;
- ♦ A contribuição do Protocolo de triagem do desenvolvimento de linguagem em crianças até 3 anos de idade e a riqueza de oportunidades, tanto como método de triagem, como procedimento de orientações fonoaudiológicas preventivas, mostrou-se relevante.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Academy of Pediatrics (1994). Screening infants and young child for developmental disabilities (RE9414). *Pediatrics [online]* May [consultado 5 nov 1998]; 93(5):[4telas]. Disponível:URL:<http://www.aap.org/policy/00207>.
- American Cleft Palate Craniofacial Association. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J* 1993; 30(2 Suppl 1):2 -15.
- Azevedo MF, Vieira RM, Vilanova LCP. *Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco*. São Paulo: Plexus; 1995.
- Bangs TE (1975) apud Newhoff M, Leonard LB. Diagnosis of developmental language disorders. In: Meitus IJ, Weinberg B. *Diagnosis in speech-language pathology*. Austin: Pro-ed; 1983. p.71-111.
- Bayley N (1969) apud Dale PS, Bates E, Reznick S, Morisset C. The validity of a parent report instrument of child language at twenty months. *J Child Lang* 1989; 16:239-49.
- Berman SB. Otitis media in developing countries. *Pediatrics* 1995; 96(1 Pt 1):126-31.
- Bishop DVM, Edmundson A. Is otitis media a major cause of specific developmental language disorders? *Br J Disord Commun* 1986; 21:321-38.
- Black B, Kövesi E, Chusid IJ. Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia* 1990; 23:40-4.
- Borowitz K, Glascoe FP. Sensitivity of the Denver Developmental Screening Test in speech and language screening. *Pediatrics* 1986; 78:1075-8.

- Broen PA, Devers MC, Doyle SS, Prouty JM, Moller KT. Acquisition of linguistic and cognitive skills by children with cleft palate. *J Speech Lang Hear Res* 1998; 41:676-87.
- Bzoch KR. Audiological management of patients with cleft palate and related disorders. In: Bzoch KR, editor. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 4th. ed. Texas: Pro-ed; 1997a. p. 245-311.
- Bzoch KR. Etiological factors related to managing cleft palate speech disorders. In: Bzoch KR, editor. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 4th. ed. Texas: Pro-ed; 1997b. p. 193-221.
- Bzoch KR. Rationale, methods and techniques of cleft palate speech therapy. In: Bzoch KR, editor. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 4th. ed. Texas: Pro-ed; 1997c. p. 441-64.
- Bzoch KR, League R. *Assessing language skills in infancy: a handbook for the multidimensional analysis of emergent language*. Baltimore: University Park Press; 1971.
- Bzoch KR, League R. *Receptive-Expressive Emergent Language Scale*. 2nd. ed. Texas: Pro-ed; 1991.
- Capellozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábio-palatais. In: Petrelli E, coordenador. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Lovise; 1992. p. 195-239.
- Capovilla FC, Capovilla AGS. Desenvolvimento lingüístico na criança dos dois aos seis anos. *Ciênc Cogn* 1997; 1:353-80.
- Capovilla F, Capovilla A, Nunes L, Araújo I, Nunes D, Nogueira D. et al. Versão brasileira do teste de vocabulário por imagens Peabody: dados preliminares. *Disturb. Comun* 1997; 8:151-62.

- Capute AJ, Accardo PJ. Linguistic and auditory milestones during the first two years of life: a language inventory for the practitioner. *Clin Pediatr* 1978; 17:847-53.
- Cerutti VQ. *Otite média em crianças de instituições-creche* [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1992.
- Chapman K. Vocalizations of toddlers with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1991; 28:172-8.
- Chapman KL, Hardin MA. Language input of mothers interacting with their young children with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1991; 28:78-86.
- Coplan J. *Early language Milestone Scale*. 2nd. ed. Texas: Pro-ed; 1993.
- Coplan J. Evaluation of the child with delayed speech or language. *Pediatr Ann* 1985; 14:203-8.
- Coplan J, Gleason JR, Ryan R, Burke MG, Williams ML. Validation of an early language Milestone Scale in a high-risk population. *Pediatrics* 1982; 70:677-83.
- Costa Filho OA, Piazzentin SHA. Aspectos otológicos. In: Altman EBC. *Fissuras labiopalatinas*. 3a. ed. Carapicuíba: Pró-fono; 1994. p.481-94.
- Coudry MI, Scarpa EM. De como a avaliação de linguagem contribui para inaugurar ou sistematizar o déficit. *Dist Comun* 1985; 2:117-36.
- Dale, PS. The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *J Speech Hear Res* 1991; 34:565-71.

- Dale PS, Bates E, Reznick S, Morisset C. The validity of a parent report instrument of child language at twenty months. *J Child Lang* 1989; 16:239-49.
- Del Río MJ, Vilaseca R. Sobre a aquisição e o desenvolvimento da linguagem. In: Peña-Casanova J. *Manual de fonoaudiologia*. 2a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 15-25.
- Dickson CJ. *Emergent language acquisition in children from low income families* [thesis]. Gainesville: University of Florida; 1972.
- Dunn LM (1980) apud Newhoff M, Leonard LB. Diagnosis of developmental language disorders. In: Meitus IJ, Weinberg B. *Diagnosis in speech-language pathology*. Austin: Pro-ed; 1983. p.71-111.
- Dunn LM, Padilla ER, Lugo DE, Dunn LM (1986) apud Capovilla F, Capovilla A, Nunes L, Araújo I, Nunes D, Nogueira D. et al. Versão brasileira do teste de vocabulário por imagens Peabody: dados preliminares. *Disturb. Comun* 1997; 8:151-62.
- Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N, kennell J, Klaus M. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics* 1975; 56:710-7.
- Elmendorf EN, D'Antonio LL, Hardesty RA. Assessment of the patient with cleft lip and palate: a developmental approach. *Clin Plast Surg* 1993; 20:607-21.
- Estrem T, Broen PA. Early speech production of children with cleft palate. *J Speech Hear Res* 1989; 32:12-23.
- *ECLAMC*: manual operacional. Rio de Janeiro: s.l.; 2002. 83p.

- Faircloth SR, Faircloth MA. Delayed language and linguistic variations. In: Grabb WC, Rosenstein SW, Bzoch KR *Cleft lip and palate: surgical, dental, and speech aspects*. Boston: Little, Brown; 1971. p.734-9.
- Feniman MR, Souza-Freitas JA. Achados otoscópicos e audiométricos em portadores de fissura pós-forame incisivo. *Acta Awho* 1991; 10:61-5.
- Feniman MR, Donadon DR, Vieira JM. Audição de pacientes com fissura isolada de lábio e com fissura de palato: um estudo comparativo. *J Bras Fonoaudiol* 1999; 1:44-7.
- Fenson L, Flyunn D, Vella D, Omens J, Burgess J, Hartung J (1989) apud Dale, PS. The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *J Speech Hear Res* 1991; 34:565-71.
- Fenson L, Dale P, Reznick JS, Thal D, Bates E, Hartung J, Pethick S, Reilly J (1993) apud Thal D, Jackson-Maldonado D, Acosta D. Validity of a parent report measure of vocabulary and grammar for spanish-speaking toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 2000; 43:1087-100.
- Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
- Fox D, Lynch J, Brookshire B. Selected developmental factors of cleft palate children between two and thirty-three months of age. *Cleft Palate J* 1978; 15:239-45.
- Frankenburg WK, Dodds JB (1967) apud Walker D, Gugenheim S, Dows MP, Northern JL. Early language Milestone Scale and language screening of young children. *Pediatrics* 1989; 83:284-8.

- Fridman C. Síndrome de Prader-Willi e síndrome de Angelman: imprinting genômico na espécie humana. In: Fridman C, Soares TA, Baruffi MR. *Síndrome de Prader-Willi e síndrome de Angelman: imprinting genômico na espécie humana*. Ribeirão Preto: Soc Bras Genética; 1997. p.1-56 (Série Monografias; 5).
- Funk JB, Ruppert ES, Jurs SG. A preliminary investigation of associations between disorders of behavior and language in children with chronic otitis media. *Child Study J* 1986; 16:255-64.
- Giacheti CM. *Achados fonoaudiológicos em indivíduos com a síndrome do cromossomo X frágil* [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1992.
- Gardner MF (1979) apud Dale, PS. The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *J Speech Hear Res* 1991; 34:565-71.
- Glascoe FP, Martin ED, Humphrey S. A comparative review of developmental screening tests. *Pediatrics* 1990; 86:547-54.
- Golding-Kushner KJ . Getting na early start: infants and toddlers with cleft palate. In: Golding-Kushner KJ. *Therapy techniques for cleft palate speech & related disorders*. New Jersey: Singular Thomson Learning; 2001. p. 35-60.
- Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização. II. *Serv Social Realid* 1999; 8:109-28.
- Harding A, Grunwell P. Characteristics of cleft palate speech. *Eur J Disord Commun* 1996; 31:331-57.

- Hatcher J, Smith A, Mackenzie I, Thompson S, Bal I, Macharia I, et al. A prevalence study of ear problems in school children in Kiambu district, Kenya, may 1995. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1995; 33:197-205.
- Helias J, Chobaut JC, Mourot M, Lafon JC. Early detection of hearing loss in children with cleft palates by brainstem auditory response. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114:154-6.
- Hendrick D, Prather E, Tobin M (1975) apud Newhoff M, Leonard LB. Diagnosis of developmental language disorders. In: Meitus IJ, Weinberg B. *Diagnosis in speech-language pathology*. Austin: Pro-ed; 1983. p.71-111.
- Hendrick DL, Prather EM, Tobin AR (1984) apud Dale, PS. The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *J Speech Hear Res* 1991; 34:565-71.
- Hemm MM. The relationship between otitis media and the development of semantic and pragmatic skills in preschool children. *Diss Abstr Int* 1987; 48:1659B -60B.
- Herrmann W, Bitter K. [Language acquisition in CLP children]. *Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir* 1991; 15:382-92.
- Holm VA, Kunze LH. Effect of chronic otitis media on language and speech development. *Pediatrics* 1969; 43:833-9.
- Hutter B, Bau A, Brondsted K. A longitudinal group study of speech development in Danish children born with and without cleft lip and palate. *Int J Lang Commun Disord* 2001; 36:447-70.
- Jellinger KA. Rett syndrome: an update. *J Neural Transm* 2003; 110:681-701.

- Jerger J. Clinical experience with impedance audiometry. *Arch Otolaryngol* 1970; 92:311-24.
- Jocelyn LJ, Penko MA, Rode HL. Cognition, communication, and hearing in young children with cleft lip and palate and in control children: longitudinal study. *Pediatrics* 1996; 97:529-34.
- Klackenberg G. What happens to children with retarded speech at 3? Longitudinal study of a sample of normal infants up to 20 years of age. *Acta Paediatr Scand* 1980; 69:681-5.
- Klee T, Carson DK, Gavin WJ, Hall L, Kent A, Reece S. Concurrent and predictive validity of an early language screening program. *J Speech Lang Hear Res* 1998; 41:627-41.
- Klein SK. Evaluation for suspected language disorders in preschool children. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:1455-67.
- Kritzing A, Louw B, Hugo R. Early communication functioning of infants with cleft lip and palate. *S Afr J Commun Disord* 1996; 43:77-84.
- Kwiatkowski J, Shriberg LD. Intelligibility assessment in developmental phonological disorders: accuracy of caregiver gloss. *J Speech Hear Res* 1992; 35: 1095-104.
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for primary speech and language delay: a systematic review of the literature. *Int J Lang Commun Disord* 1998; 33(suppl): 21-3.
- Lee DJ, Chen Y, Schlaug G. Corpus callosum: musician and gender effects. *Neuroreport* 2003; 14:205-9.

- Leirião VHV. *Educação à distância: metodologia alternativa de ensino a pais de crianças com fissura* [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1995.
- Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pire LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1999; 53:151-5.
- Lessa S, Carreirão S, editor. *Tratamento das fissuras lábio-palatinas*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
- Lima MCMP. *Avaliação de fala de latentes no período pré-linguístico: uma proposta para triagem de problemas auditivos* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1997.
- Locke A, Ginsborg J, Peers I. Development and disadvantage: implications for the early years and beyond. *Int J Lang Commun Disord* 2002; 37:3-15.
- Long NV, Dalston RM. Comprehension abilities of one-year-old infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1983; 20:303-6.
- Lubianca Neto JF, Caminha GP, Dalligna C. Fatores de risco para otite média. *Rev Bras Otorrinolaringol* 1993; 59:90-8.
- Lund N, Duchan J. *Assessing children's language in naturalistic contexts*. 2nd. ed. New York: Prentice-Hall; 1988.
- Luzardo RQ. *Dinâmica relacional de um bebê com fissura labiopalatina* [monografia]. [consultado 1 out 2002]; [2 telas]. Disponível <http://www.i-vision.com.br/fonoaudiologia/monografia.html>.

- Lynch JI, Fox DR, Brookshire BL. Phonological proficiency of two cleft palate toddlers with school-age follow-up. *J Speech Hear Disord* 1983; 48:274-85.
- Lyytinen P, Laakso M, Poikkeus A, Rita N. The development and predictive relations of play and language across the second year. *Scand J Psychol* 1999; 40:177-86.
- McConnochie KM, Roghmann KJ, Liptak GS. Socioeconomic variation in discretionary and mandatory hospitalization of infants: an ecologic analysis. *Pediatrics* 1997; 99:774-84.
- Marchesan IQ. Relação entre sucção de chupeta e dedos. *Pediatr Mod* 1991; 26:40-1.
- Marx J, Osguthorpe JD, Parsons G. Day care and the incidence of otitis media in young children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112:695-9.
- Mechan M (1971) apud Newhoff M, Leonard LB. Diagnosis of developmental language disorders. In: Meitus IJ, Weinberg B. *Diagnosis in speech-language pathology*. Austin: Pro-ed; 1983. p.71-111.
- Miller LC (1981) apud Funk JB, Ruppert ES, Jurs SG. A preliminary investigation of associations between disorders of behavior and language in children with chronic otitis media. *Child Study J* 1986; 16:255-64.
- Miller JF, Yoder D (1972) apud Newhoff M, Leonard LB. Diagnosis of developmental language disorders. In: Meitus IJ, Weinberg B. *Diagnosis in speech-language pathology*. Austin: Pro-ed; 1983. p.71-111.
- Minja BM, Machemba A. Prevalence of otitis media, hearing impairment and cerumen impaction among school children in rural and urban Dar es Salaam, Tanzania. *Int J Pediatr Otorhinolaringol* 1996; 37:29-34.

- Nakajima T, Mitsudome A, Yosikawa A. Postoperative speech development based on cleft types in children with cleft palate. *Pediatr Int* 2001; 43:666-72.
- Nation JE. Vocabulary comprehension and usage of preschool cleft palate and normal children. *Cleft Palate J* 1970; 7:639-44.
- Neiman GS, Savage HE. Development of infants and toddlers with clefts from birth to three years of age. *Cleft Palate Craniofac J* 1997; 34:218-25.
- Nelli EA, Vicente MCZ, Buchala RG, Buffa MJMB, Souza RF. Ações integradas na reabilitação de crianças portadoras de lesões labiopalatais. In: Kudo AM, Marcondes E, Lins L, Moriyama LJ, Guimarães MLL, Juliani RCTP, et al. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2a. ed. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 254-65.
- Newhoff M, Leonard LB. Diagnosis of developmental language disorders. In: Meitus IJ, Weinberg B. *Diagnosis in speech-language pathology*. Austin: Pro-ed; 1983. p.71-111.
- Northern JL, Downs MP. Behavioral hearing testing of children. In: _____. *Hearing in children*. 4th. ed. Baltimore: Williams Wilkins; 1991. p.139-87.
- Nsouli TM, Nsouli SM, Linde RE, O'Mara F, Scanlon RT, Bellanti JA. Role of food allergy in serous otitis media. *Ann Allergy* 1994; 73:215-9.
- Odabasi O, Basak O, Basak S, Mutlu C, Erpek G. Middle ear pathology in day-care centre children. *Fam Pract* 1998; 15:332-5.
- Oliveira CM. *Gagueira e taquifemia familiar: aspectos fonogenéticos* [tese]. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2003.

- Oliveira Júnior GJA. Relação entre sucção de chupeta e dedos. *Pediatr Mod* 1991; 26:39-40.
- Opitz JM. The developmental field concept in clinical genetics. *J Pediatr* 1982; 101:805-9.
- Pamplona MC, Ysunza A, González M, Ramírez E, Patiño C. Linguistic development en cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder. *Int J Pediatr Otorhinolayngol* 2000; 54:81-91.
- Pannabacker M. Oral language skills of adult cleft palate speakers. *Cleft Palate J* 1975; 12:95-107.
- Paul R, Lynn TF, Lohr-Flanders M. History of middle ear involvement and speech/language development in late talkers. *J Speech Hear Res* 1993; 36:1055-62.
- Pearson ME, Shelton D, Pearson AA, Miller M. Group caregiver language checklist. *Clin Commun Disord* 1992; 2:39-47.
- Pecyna PM, Feeney-Giacoma ME, Neiman GS. Development of the object permanence concept in cleft lip and palate and noncleft lip and palate infants. *J Commun Disord* 1987; 20:233-43.
- Piazzentin SHA. *A influência da palatoplastia primária nas alterações do ouvido médio* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1989.
- Preis S, Steinmetz H, Knorr U, Jäncke L. Corpus callosum size in children with developmental language disorder. *Brain Res Cogn Brain Res* 2000; 10:37-44.

- Reed VA. Assessment and diagnosis. In: _____. *An introduction to children with language disorders*. 2nd. Ed. New York: Macmillan College; 1994. p. 416-41.
- Rescorla L. The language development survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *J Speech Hear Disord* 1989; 54:587-99.
- Rescorla L, Alley A. Validation of the language development survey (LDS): a parent report tool for identifying language delay in toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 2001; 44:434-45.
- Ribeiro M. *Achados otológicos e audiométricos nos portadores de fissura pós-forame incisivo* [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1987.
- Richman LC, Eliason MJ. Psychological characteristics associated with cleft palate. In: Moller KT, Starr CD editors. *Cleft palate: interdisciplinary issues and treatment for clinicians by clinicians*. Texas: Pro-ed; 1993. p. 357-80.
- Riski JE. Parents of children with cleft lip and palate. *Clin Commun Disord* 1991; 1:42-7.
- Roberts JE, Schuele CM. Otitis media and later academic performance: the linkage e implications for intervention. *Top Lang Disord* 1990; 11:43-62.
- Roberts J, Rescorla L, Giroux J, Stevens L. Phonological skills of children with specific expressive language impairment (SLI-E): outcome at age 3. *J Speech Lang Hear Res* 1998; 41:374-84.
- Rovers MM, Zielhuis GA, Ingels K, Van der Wilt GJ. Day-care and otitis media in young children: a critical overview. *Eur J Pediatr* 1999; 158:1-6.

- Sancho Martín I, Villafruela Sanz MA, Alvarez Vicent JJ. Incidencia y tratamiento de la otitis seromucosa en pacientes com fisura palatina: seromucous otitis in children with cleft palate. *Acta Otorrinolaring Esp* 1997; 48:441- 5.
- Scherer NJ, D'antonio LL. Parent questionnaire for screening early language development in children with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1995; 32:7-13.
- Schöenweiler B, Schöenweiler R, Schmelzeisen R. Untersuchungen zum spracherwerb bei Kindern mit spaltbildungen. *Folia Phoniater Logop* 1996; 48:92-7.
- Silva Filho OG, Freitas JAS, Okada T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4a. ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 481-527.
- Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Freitas JAS. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cirurg* 1992; 82:59-65.
- Smit BL. *The predictive value of receptive-expressive emergent language scale* [thesis]. Gainesville: University of Florida; 1975.
- Soligo MO. Hábitos de sucção e má oclusão: repensando esta relação. *Rev Dent Press Ortodont Ortoped Fac* 1999; 4:58-64.
- Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med* 1972; 27:5-6.

- Suguimoto MLFCP. *Análise da fala de indivíduos operados de palato, entre 12 e 24 meses de idade: estudo retrospectivo* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.
- Tabith Júnior A. Lesões congênitas de lábio e palato: fissuras lábio-palatinas. In: _____. *Foniatría: disfonias, fissuras lábio-palatais, paralisia cerebral*. São Paulo: Cortez; 1980. p.17-47.
- Tabith Júnior A. Princípios de foniatría nas fissuras lábiopalatinas. In: Mèlega JM, Zanini AS, Psillakis JM. *Cirurgia plástica: reparadora e estética*. São Paulo: Medsi; 1988. p. 321-6.
- Tfouni LV, Ferriolli BHVM. O discurso dos pais e a gênese do retardo de linguagem na criança. *Pró-fono* 2001; 13:62-6.
- Thal D, Jackson-Maldonado D, Acosta D. Validity of a parent report measure of vocabulary and grammar for spanish-speaking toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 2000; 43:1087-100.
- Thal DJ, O'Hanlon L, Clemmons M, Fralin L. Validity of a parent report measure of vocabulary and syntax for preschool children with language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42:482-96.
- Thorndike RL, Hagen EP, Sattler JM (1986) apud Dale, PS. The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *J Speech Hear Res* 1991; 34:565-71.
- Visini C, Bonifácio S, Zocconi E. Aspecto lexical nas crianças com atraso de linguagem expressiva. *Pediatr Med Chir* 1998; 20:255-60.

- Wachtel RC, Shapiro BK, Palmer FB, Allen MC, Capute AJ. CAT/CLAMS: a tool for the pediatric evaluation of infants and young children with developmental delay: Clinical Adaptive Test / Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale. *Clin Pediatr* 1994; 33:410-5.
- Walker D, Gugenheim S, Dows MP, Northern JL. Early language Milestone Scale and language screening of young children. *Pediatrics* 1989; 83:284-8.
- Ward S. An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *Int J Lang Commun Disord* 1999; 34:243-64.
- Wetherby AM, Yonclas DG, Bryan AA. Communicative profiles of preschool children with handicaps: implications for early identification. *J Speech Hear Disord* 1989; 54:148-58.
- Whitehurst GJ, Fischel JE. Practitioner review: early developmental language delay: what, if anything, should the clinician do about it? *J Child Psychol Psychiatr* 1994; 35:613-48.
- Willcox DS. Cleft palate rehabilitation: interim strategies in Indonesia. *Cleft PalateCraniofac J* 1994; 31:316-20.
- Wyatt R, Sell D, Russell J, Harding A, Harland K, Albery E. Cleft palate speech dissected: a review of current knowledge and analysis. *Br J Plast Surg* 1996; 49:143-9.
- Yorita GJ, Melnick M. Cleft lip and handedness: a study of laterality. *Am J Med Genet* 1988; 31:273-80.

- Young JL, O’Riordan M, Goldstein JA, Robin NH. What Information do parents of newborns with cleft lip, palate or both want to know? *Cleft Palate Craniofac J* 2001; 38:55-8.
- Zar JH. *Biostatistical analysis*. 3 nd. ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1996.
- Zardetto CGDC. *Avaliação dos arcos dentais e das estruturas miofuncionais orais, em função do uso e tipo de chupeta, em crianças com dentição decídua completa* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2000.

9 - FONTES CONSULTADAS.

Universidade de São Paulo. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Guia para elaboração de dissertações e teses*: curso pós-graduação – HRAC. 4a. ed. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.