ANA PAULA CARVALHO CORRÊA

**Desenvolvimento da fala no bebê com Fissura Labiopalatina: Mídia
para estudantes de Fonoaudiologia**

Dissertação apresentada ao Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e
Anomalias Relacionadas

Orientadora: Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

**BAURU
2015**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

R. Silvio Marchione, 3-20
Caixa Postal: 1501
17012-900 - Bauru – SP – Brasil
Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antonio Zago – Reitor da USP
Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini – Superintendente do HRAC /USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta Tese.
Ana Paula Carvalho Corrêa

Bauru, 07 de dezembro de 2015.

Corrêa, Ana Paula Carvalho
C817d Desenvolvimento da Fala no Bebê com Fissura
Labio-palatina: Mídia para Estudantes de Fonoaudiologia
/ Ana Paula Carvalho Corrêa. Bauru, 2015.
180p.; il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado – Área de Concentração:
Fissura Orofacial e Anomalias Relacionadas) – Hospital
de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais,
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra Jeniffer de Cássia Rillo
Dutka

Descritores: 1. Fissura palatina. 2. Fissura labial. 3.
Fala. 4. Telessaúde

CDD:C817d

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Paula Carvalho Corrêa

Dissertação apresentada ao Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e
Anomalias Relacionadas

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição (Orientador)

Prof.(a) Dr.(a)

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Jessé e Leonina, que em meio a suas metas e sonhos, escolheram como prioridade ser pais. Obrigada por me ensinarem a importância do crescimento contínuo e acima de tudo, a importância das pessoas que me acompanham nessa trajetória.

A todas as crianças com Fissura Labiopalatina e aos seus pais, minha real motivação e inspiração para este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha *Mãe*, minha maior distração e ao mesmo tempo minha maior inspiração. Obrigada pelas tardes que me convenceu em deixar de estudar para sair com você. Seu amor tornou os dias mais difíceis, mais doces.

Ao meu *Pai* pelo exemplo de amor, paciência e determinação. Sou grata pelo seu amor e apoio incondicional.

À minha *irmã Jéssica* por todos os conselhos, broncas, correções, e acima de tudo, por sempre se fazer presente, mesmo longe.

À minha *irmã Bruna* pela sua preocupação constante com meu bem estar, pelo seu carinho e amizade, pelo exemplo de amor.

Aos meus *sobrinhos nenos Bernardo e Raquel*, pelos sorrisos que me inspiram, e por tornarem meus dias mais felizes.

Ao meu *irmão Jessé Filho*, meu melhor amigo, pelo seu exemplo de perseverança e dedicação, por me inspirar e me ajudar a ser melhor.

Ao meu *irmão Gabriel*, pela sua paciência, compreensão e amor.

À minha *Professora e Orientadora Dra Jeniffer*, obrigada pela confiança, dedicação, paciência e por sua amizade. Obrigada por acreditar em mim, tenho orgulho de ser sua aluna!

À *Professora Luciana e à doutoranda Lyana* pela parceria.

Ao *Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo*, obrigada pelo ensino de qualidade.

As *Professoras avaliadoras*, pela participação e contribuição.

Aos *alunos de Fonoaudiologia da FOB-USP*, pelo tempo dedicado.

A todos os *funcionários do HRAC - USP* que independente de cargos e títulos contribuíram para a realização deste trabalho.

À *Associação de Pais "Luz do Teu Sorriso"* pela contribuição na elaboração deste trabalho, vocês são um exemplo de dedicação e amor.

As minhas *Gamas*, obrigada por darem sentido real a palavra amizade.

A todos os *Professores, Profissionais e Amigos* que contribuíram na minha formação profissional e pessoal nestes últimos anos.

Muito obrigada!

“Acredito no estudo. Acredito que os homens aprendam muito estudando. Entretanto, também acredito e sei que a fé acelera muito o aprendizado por meio do estudo”.

George J. Romney

RESUMO

Corrêa APC. Desenvolvimento da Fala no Bebê com Fissura Labiopalatina: Mídia para Estudantes de Fonoaudiologia. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

As pessoas que nascem com fissura labiopalatina (FLP) podem apresentar alterações de fala durante seu desenvolvimento, estas geralmente estão relacionadas às alterações estruturais inerentes à FLP. A eficácia da intervenção precoce na área de distúrbios da comunicação tem sido foco de interesse na busca pela diminuição do risco da criança com FLP apresentar distúrbios de fala e linguagem. A utilização de mídias eletrônicas para a disseminação de conhecimento sobre desenvolvimento de fala na FLP é um recurso importante para a promoção, prevenção e intervenção em saúde, particularmente durante a formação do Fonoaudiólogo. Por isso, o objetivo deste estudo foi desenvolver e avaliar uma mídia eletrônica abordando o desenvolvimento da fala em crianças com fissura labiopalatina no primeiro ano de vida. Esta mídia eletrônica será disponibilizada em um ambiente virtual sobre o desenvolvimento de bebês com FLP contrastado ao desenvolvimento de bebês sem FLP. O conteúdo da mídia foi avaliado por três Professores de Departamentos de Distúrbios da Comunicação, usando dois questionários adaptados do *Health-Related Web Site Evaluation Form Emory* e *WebMac E-Commerce*. A mídia também foi avaliada por 25 graduandos do curso de Fonoaudiologia através de um roteiro avaliativo que avaliou o conhecimento adquirido pelos alunos antes e depois do acesso à mídia. O roteiro avaliativo foi elaborado com base no conteúdo da mídia eletrônica e apresentava 24 afirmativas com opções de resposta sendo: verdadeiro ou falso. O conteúdo do material foi avaliado positivamente, sendo considerado como “excelente” pelos Professores. Na avaliação feita pelos alunos de fonoaudiologia foi observado o número de acertos e erros nas afirmativas do roteiro avaliativo antes e após o acesso ao material da mídia eletrônica. O aumento da porcentagem de acertos após o acesso a mídia, especificamente nas afirmativas relacionadas ao desenvolvimento da fala dos bebês com FLP. Os achados sugerem a eficácia da mídia eletrônica para o aumento de conhecimento referente ao desenvolvimento de fala de bebês com FLP no primeiro ano de vida. Assim, uma mídia eletrônica foi criada, contendo informações sobre o desenvolvimento da fala do bebê com FLP durante o primeiro ano de vida,

contrastando com o desenvolvimento do bebê sem FLP. O material também inclui estratégias e sugestões importantes para prevenção das alterações de fala.

Palavras-chave: Fissura palatina. Fissura labial. Fala. Telessaúde.

.

ABSTRACT

Corrêa APC. Speech development in Baby with Cleft Lip and Palate: Media for speech therapy students. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

People who are born with cleft lip and palate (CLP) may have speech disorders during their development, these are usually related to structural changes inherent to the CLP. The effectiveness of early intervention in communication disorders field has been the focus of interest in studies aiming to reduce the risk for speech and language disorders in children with CLP. The use of electronic media to disseminate knowledge about speech development in CLP is an important resource for promotion, prevention and health intervention, particularly during the academic formation of speech therapists and audiologists. Therefore, the aim of this study was to develop and to evaluate an electronic media about the development of speech in children with CLP in the first year of life. This electronic media will be available in a virtual environment about the development of babies with CLP and compares the development of babies with CLP to those without FLP. The media content was evaluated by three Professors at Departments of Communication Disorders, using two questionnaires adapted from the *Health-Related Web Site Evaluation Forms Emory* and the *WebMac E-Commerce*. The media was also assessed by 25 undergraduate students at a Speech-Language Pathology and Audiology program, using a questionnaire developed to evaluate the knowledge of the students before and after accessing to the media. The questionnaire was based on the content of the electronic media and presented 24 statements with true or false options. The content of the material was evaluated positively, and it was considered "excellent" by the Professors. In the evaluation done by the students it was considered the number of correct and incorrect responses to all true or false affirmatives before and after accessing the media. The results showed an increase in the percentage of correct answers after access to the media, specifically in the affirmatives related to development of speech in babies with CLP. The findings suggest the effectiveness of electronic media to increase knowledge about speech development of babies with CLP in the first year of life. Thus, an electronic media was created, containing information about the development of speech in babies with CLP during the first year

of life as compared to the development of babies without CLP. The material also included strategies and suggestions important for the prevention of speech disorders. The material also included strategies and suggestions important for the prevention of speech disorders.

Keywords: Cleft palate. Cleft lip. Speech. Telemedicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pontuação do questionário Emory, distribuída por escalas de avaliação.....79

Gráfico 2 - Ilustração das respostas (%) dos 25 alunos antes e depois do acesso ao material para as afirmativas relacionadas ao desenvolvimento de fala do bebê sem FLP (afirmativas 1, 2, 3, 4, 10, 11, 14, 15, 16).....93

Gráfico 3 - Ilustração das respostas (%) dos 25 alunos antes e depois do acesso ao material para as afirmativas relacionadas ao desenvolvimento de fala do bebê com FLP (afirmativas 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24).....93

- QUADROS

Quadro 1 - Cálculo dos resultados da avaliação através do questionário EMORY, conforme proposto pela versão original do questionário.....64

Quadro 2 - Pontuação da avaliação da qualidade da ferramenta da web, proposta pelo Emory.....65

Quadro 3 - Análise das questões de múltipla escolha da avaliação dos professores quanto ao conteúdo da mídia eletrônica através do questionário adaptado WebMAC.....81

Quadro 4 - Análise descritiva das questões dissertativas quanto a avaliação dos professores em relação ao conteúdo da mídia eletrônica através do questionário adaptado WebMAC.....81

Quadro 5 - Questões relacionadas ao desenvolvimento de fala em bebês com FLP que não apresentaram diferença significativa.....104

- IMAGENS

Imagem 1 - Tela da Plataforma Moodle onde o conteúdo do material foi disponibilizado aos graduandos do primeiro ano de Fonoaudiologia.....75

Imagem 2 - Módulos do material disponibilizado na plataforma Moodle, demonstrando a diferença entre as cores dos títulos, diferenciando o conteúdo referente aos bebês com e sem FLP.....75

Imagem 3 - Tela do Ambiente Virtual em construção “Tô crescendo com Fissura”, aonde a mídia eletrônica sobre o “Desenvolvimento de Fala nos bebês com FLP antes da palatoplastia primária” será disponibilizado.....76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pontuações para os itens “concordo”, “discordo” e “não se aplica”, para o questionário adaptado Emory sobre a qualidade da mídia eletrônica.....	78
Tabela 2 - Pontuações para as questões do Emory sobre a qualidade da mídia eletrônica, de acordo com a pontuação proposta no quadro 1....	79
Tabela 3 - Pontuações para os itens “concordo plenamente” (3), “concordo parcialmente” (2), “discordo parcialmente” (1), “discordo totalmente” (0).....	80
Tabela 4 - Modificações no material após sugestões dos professores avaliadores.....	83
Tabela 5 - Sumário de respostas erradas e corretas nas condições antes e depois do acesso à mídia, e valor de p do teste McNemar usado para comparar as diferenças significativas das porcentagens de acerto entre as duas condições.....	89

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 DESENVOLVIMENTO DA FALA NAS CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA.....	21
2.2 O PROCESSO DE INTERVENÇÃO PRECOCE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE	26
2.3 A FAMÍLIA NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO	28
2.4 A TELESSAÚDE E A FISSURA LABIOPALATINA.....	31
2.5 MATERIAL PARA FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE FONOAUDIÓLOGOS NA ÁREA DA FLP	36
3 PROPOSIÇÃO	41
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	45
4.1 MATERIAIS.....	45
4.2 MÉTODOS	45
4.2.1 <i>Elaboração da mídia eletrônica (Objetivo 1)</i>	46
4.2.2 <i>Avaliação do material por Professores da Área de Fala e Linguagem (Objetivo 2)</i>	47
4.2.3 <i>Avaliação do material por estudantes de Fonoaudiologia (Objetivo 3)</i>	51
5 RESULTADOS	57
5.1. ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO DA MÍDIA ELETRÔNICA.....	57
5.2 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DA MÍDIA ELETRÔNICA: PROFESSORES DE CURSOS DE FONOAUDIOLOGIA.....	62
5.2.1 <i>Caracterização dos professores avaliadores</i>	62
5.2.2 <i>Resultados do Instrumento de Avaliação Emory adaptado</i>	63
5.2.3 <i>Resultados do Instrumento de Avaliação WebMAC adaptado</i>	65
5.3 AVALIAÇÃO DO MATERIAL POR GRADUANDOS EM FONOAUDIOLOGIA	70
5.3.1 <i>Roteiro Avaliativo</i>	70
5.3.2 <i>Caracterização dos alunos</i>	74
5.3.3 <i>Resultados da avaliação dos estudantes antes de depois do acesso a mídia eletrônica</i>	75
6 DISCUSSÃO	83
7 CONCLUSÃO.....	95

REFERÊNCIAS.....99

APÊNDICES117

ANEXOS171

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A fala e linguagem são consideradas áreas fundamentais no desenvolvimento da criança, alterações nestas áreas podem levar ao comprometimento da comunicação, da socialização, da saúde mental e da aprendizagem da criança (Lewis et al., 2002). As pessoas que nascem com fissura labiopalatina (FLP) apresentam alterações estruturais que podem levar a alterações de fala durante seu desenvolvimento. Estas alterações estruturais podem afetar tanto o processo de comunicação quanto o desenvolvimento psicossocial, comprometendo a qualidade de vida desta população (Minervino-Pereira, 2000). O impacto da fissura no desenvolvimento da fala da criança já foi alvo de vários estudos que apontam a dificuldade das crianças com FLP em produzir alguns sons antes da cirurgia para correção da fissura (Grunwell; Russell, 1987, 1988; O’Gara; Logemann, 1988; Chapman, 1991; Chapman et al., 2001).

O processo do tratamento da fissura labiopalatina envolve uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de gerenciar a fissura visando minimizar o impacto das alterações inerentes a esta condição na qualidade de vida da criança e de seus familiares. Para tal, é essencial que os diversos profissionais que desempenham um papel ativo no desenvolvimento da criança, seja da área da educação, da saúde ou os próprios cuidadores, tenham acesso a conhecimentos estratégicos para que os esforços no sentido de manter ou estabelecer a saúde em relação à comunicação seja preservado, e o impacto da FLP na qualidade de vida seja minimizado (Goulart; Chiari, 2012). Sendo assim, o tratamento adequado do paciente com FLP inclui o acompanhamento e investigação de aspectos que podem influenciar a qualidade de vida, tais como: questões psicossociais, familiares, de trabalho, relacionamento interpessoal e aspectos gerais de vida e saúde; pois sabemos que o tratamento adequado pode minimizar o impacto da FLP na qualidade de vida (Bzoch, 2004).

No Brasil, há 29 centros credenciados para tratamento das fissuras labiopalatinas distribuídos nas 5 regiões do país (Brasil, 2002; Brasil, 2015). Entre estes centros, encontra-se o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), pioneiro no tratamento das FLP no Brasil desde 1967. Além de gerenciar o tratamento de anomalias craniofaciais de mais de 60.000 pacientes brasileiros (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, 2013), o HRAC, também

conhecido como “Centrinho”, tem excelência em programas de ensino, sendo reconhecido como Hospital de Ensino e Pesquisa pelos Ministérios da Saúde e da Educação desde 2005 (Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 2013) O grande fluxo anual de pesquisas desenvolvidas nos programas de formação e capacitação do HRAC, favorece uma prática clínica baseada em evidências e promove uma prestação de serviço de qualidade, estimulando novas propostas de tratamento e programas de orientação e prevenção com impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes. Assim, o HRAC assume um papel de destaque no país tanto na assistência quanto no ensino e pesquisa, voltado para o gerenciamento da FLP.

Apesar de o Brasil possuir 29 centros credenciados pelo Ministério da Saúde para o tratamento da fissura, observa-se que há uma disparidade em relação à distribuição por região, sendo que destes 29 centros, 16 são localizados na região Sudeste, 6 na região Sul, 4 no Nordeste, 2 no Centro-Oeste e apenas 1 na região Norte (Monlléo; Gil-da-Silva-Lopes, 2006; Brasil, 2015). Sabendo da disparidade no acesso à saúde e ao tratamento especializado é importante considerar as iniciativas em Telessaúde como uma ferramenta tanto para oferta de serviços às populações dessas regiões quanto para o desenvolvimento de programas que permitam a formação e capacitação de profissionais especializados nesta área.

A telessaúde requer o desenvolvimento de materiais educacionais que favoreçam o ensino-aprendizado (Prado, 2011). Sabemos que os profissionais da área da saúde devem atuar não apenas no processo de reabilitação e tratamento de doenças, mas também devem promover ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Uma forma de promover ações educativas e preventivas em saúde é por meio de materiais educacionais, os quais devem ser avaliados quanto à sua qualidade para promover modificação de comportamentos (Eng et al, 1999). Vemos assim, a necessidade de recursos educativos em saúde e a importância dos profissionais no processo de elaboração e avaliação destes materiais. Com isso em mente, o objetivo deste material é a elaboração e avaliação de um material como um recurso de educação em saúde sobre o desenvolvimento da fala no bebê com fissura labiopalatina.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para este estudo a revisão bibliográfica envolveu a pesquisa em livros, artigos, dissertações, teses, web sites (de universidades, de instituições médicas, de associações profissionais, e de associações de pais e pacientes), manuais e outros impressos de reconhecimento técnico científico. A busca abordou como temas a fissura labiopalatina, o desenvolvimento da fala normal, o desenvolvimento da fala do bebê com fissura labiopalatina, o envolvimento de pais e cuidadores no processo de reabilitação, a promoção e prevenção de saúde em crianças com FLP, telessaúde e telefonaudiologia, bem como o desenvolvimento e utilização de materiais para Teleeducação.

2.1 DESENVOLVIMENTO DA FALA NAS CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA

A Fissura Labiopalatina (FLP) é uma má formação congênita que ocorre devido a uma alteração no processo de fusão dos processos embrionários caracterizada pela interrupção total ou parcial dos tecidos do lábio e/ou palato (Tonocchi et al., 2010; Lisboa et al., 2011). A fissura labiopalatina tem origem multifatorial, e é uma das malformações congênitas de maior incidência, sendo a prevalência mundial entre 1 e 2 indivíduos com fissura de lábio e/ou palato a cada 1000 nascimentos (World Health Organization, 2002), sendo que nas últimas décadas essa prevalência tem aumentado (Lolfredo; Freitas, 2001).

A presença das alterações físicas, e consequentemente funcionais, que a fissura acarreta também podem vir acompanhadas de alterações no desenvolvimento social, por isso o tratamento deve iniciar-se logo ao nascimento, visando minimizar os impactos da fissura no desenvolvimento do indivíduo. Este tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, com uma abordagem interdisciplinar (Xavier; Oliveira e Britto; Di Ninno, 2015). Entretanto, mesmo que a intervenção cirúrgica para correção da fissura seja realizada em tempo e de forma adequada, nem sempre é possível prevenir ou suspender as alterações e dificuldades que a fissura pode acarretar.

O fonoaudiólogo dentro da equipe de reabilitação de indivíduos com fissura tem papel fundamental na promoção da comunicação e alimentação, e no gerenciamento de distúrbios nesta área (Pegoraro-Krook et al., 2004), cabendo a este profissional tanto a reabilitação das funções, a prevenção de alterações, como também o trabalho com pais, cuidadores e educadores. O processo de reabilitação envolve parcerias entre profissionais da saúde, pais e educadores, e essa parceria requer troca de experiências e de informações sobre todas as etapas de desenvolvimento e tratamento da criança. Uma das preocupações dos pais e cuidadores de bebês com FLP é em relação ao desenvolvimento das habilidades de comunicação, particularmente sobre o desenvolvimento da fala e linguagem do bebê.

A linguagem envolve habilidades de representação, expressão e recepção de pensamentos e/ou ideias através do uso de símbolos (Chomsky, 1971; Castro, 1997). A fala é uma das ferramentas básicas da linguagem (Sim-Sim, 1997) envolvendo o uso de símbolos verbais para representação de uma determinada realidade (Lima; Bessa, 2007). Os três primeiros anos de vida da criança são fundamentais para a aquisição da fala e linguagem, uma vez que é nesta idade que se estabelecem os alicerces linguísticos que permitem o domínio da estrutura da língua, e da produção e percepção da fala (Lima, 2000).

As crianças com fissura labiopalatina isolada têm potencial para um desenvolvimento normal da fala e linguagem, porém este processo pode ser afetado por muitos fatores e requer cuidados especiais, e atenção de uma equipe especializada. Possíveis alterações no funcionamento velofaríngeo e no funcionamento da orelha média em combinação com as condições dento oclusais, colocam o bebê com FLP em alto risco para distúrbios da comunicação (Bzoch, 2004; Kummer, 2008). O impacto da fissura na fala das crianças com FLP é amplamente discutido na literatura (Grunwell; Russell, 1987, 1988; Howard e Lohmander, 2011; O’Gara; Logemann, 1988; Chapman, 1991; Chapman et al., 2001), sendo que o grau de severidade das alterações na fala pode variar em função do tipo da fissura, do comprometimento das estruturas e do ambiente ao qual a criança está inserida durante seu desenvolvimento (Martins e Cardoso, 2015). Mais especificamente, crianças com FLP não seguem a hierarquia de aquisição fonológica conforme o esperado para crianças sem FLP, e os comprometimentos anatômicos causados pela fissura dificultam a produção de alguns sons. Pelos

vários fatores citados, as crianças com FLP são consideradas de risco para desenvolvimento de um quadro de atraso na aquisição da fala e linguagem (Mourão et al., 2006) podendo também apresentar distúrbios de fala (Bzoch, 2004).

Desde o final da década de 50 foram conduzidos estudos em âmbito internacional buscando conhecer melhor o efeito da fissura no desenvolvimento da fala. No início o enfoque foi na identificação das alterações na articulação da fala, focando na descrição dos erros articulatórios, na frequência dos erros, tipos de erros, e buscando a comparação entre crianças com e sem FLP (McWilliams, 1958; Bzoch, 1965; Van Demark et al., 1979; Lohmander-Agerskov et al., 1993; Peterson-Falzone, 1995). Foi a partir dos anos 80 que se observou um interesse no desenvolvimento da fala de bebês com fissura antes da cirurgia para correção da FLP (Moller et al., 1984; Grunwell; Russell, 1987; O'Gara; Logemann, 1988), demonstrando que crianças com FLP possuem diferenças no desenvolvimento da fala desde o primeiro ano de vida (Chapman, 1991; Chapman et al., 2001). Desde a primeira fase de desenvolvimento da fala, a fase do balbucio, os bebês com fissura diferem nas características fonéticas nas produções da fala nesta fase quando comparadas às crianças sem FLP (Chapman et al., 2001), produzindo mais sons nasais, e evitando consoantes que exigem maior pressão intraoral (Chapman, 1991; Chapman et al., 2001).

Com o passar dos anos, os estudos sobre o desenvolvimento da fala no bebê com FLP ampliaram o olhar dos aspectos fonéticos (com enfoque nos desvios relacionados às alterações anatômicas) para os aspectos fonológicos, considerando tanto a percepção dos sons quanto o uso destes na língua. Os pesquisadores começaram a perceber que fatores relacionados ao processo de aprendizado da fala, bem como estratégias utilizadas para compensar a fissura não operada, ou a disfunção velofaríngea após a palatoplastia primária, têm um grande impacto no desenvolvimento e aquisição da fala da criança com FLP (Moller, 1990). A partir dos anos 90 a literatura passou a refletir características específicas da fala e linguagem da população com fissura labiopalatina isolada, incluindo: diminuição de consoantes presentes no inventário nos primeiros anos de vida, colapso de algumas categorias de sons e preferências por alguns sons, entre outros (Harding and Grunwell 1998). O enfoque da literatura no balbucio e no desenvolvimento dos sons da fala dos bebês com fissura (Moller et al., 1984; Grunwell; Russell, 1987; O'Gara; Logemann, 1988; O'Gara; Logemann; Rademaker, 1994; Chapman, 1991, 1993; Van Demark et

al., 1993; Lohmander-Agerskov et al., 1996), tornou evidente a importância dos programas de orientação e intervenção junto aos familiares (Broen; Moller, 1993).

Na língua portuguesa, entretanto, são poucos os estudos que abordam estes aspectos. Na década de 90, Ramos (1996) reportou diferenças em relação à aquisição fonológica de crianças sem e com fissura, em relação à sequência de aquisição dos traços de sonoridade, reportando que enquanto o esperado no desenvolvimento de fala normal é a aquisição dos fonemas surdos e depois dos sonoros, crianças com FLP apresentam aquisição dos fonemas sonoros antes dos surdos. A presença de substituições e omissões é amplamente citada na fala das crianças com fissura devido ao escape de ar nasal durante as emissões produzidas, como reportado no estudo de Mourão e colaboradores (Mourão et al., 2006.) que destaca que na fala da criança com FLP são encontradas emissões com perda de pressão intraoral, hipernasalidade nas vogais altas/ i / e / u /, além da substituição de fonemas alveolares sonoros por palatais sonoros. Outro estudo (Wiedemer et al., 2008) realizado relata o desenvolvimento de articulações compensatórias para alvos fricativos e plosivos como característica de indivíduos com FLP.

De uma forma geral, a literatura nesta área (Knak; Keske-Soares, 2006; Martins; Cardoso, 2015) sugere que existe um entendimento comum entre clínicos e pesquisadores quanto às características representativas da fala na FLP e DVF (hipernasalidade, escape de ar nasal e o uso de pontos articulatorios atípicos, conhecidos como alterações articulatorias). Antes da cirurgia primária não é possível obter uma separação funcional entre a cavidade oral e nasal, e essa comunicação indesejada compromete a produção adequada dos sons orais, levando a alterações chamadas de “fala típica do fissurado - *cleft palate speech*” (Spriestersbach e Morris, 1977). O processo de desenvolvimento da fala típica na fissura não operada ou na presença da DVF, no entanto, precisa ser estudado intensamente, uma vez que as alterações de fala na população com FLP apresentam alta complexidade e variabilidade, particularmente no que se refere às alterações compensatórias e erros de aprendizagem do funcionamento velofaríngeo (Hanayama, 2009; Trost-Cardamone, 1997).

Considerando que durante o desenvolvimento de fala a criança com FLP ainda não operada apresenta grande dificuldade para a produção de consoantes que exigem pressão intraoral (devido ao escape de ar nasal), além de obrigatoriamente apresentar hipernasalidade, observa-se que o papel da correção

cirúrgica primária é essencial para estabelecer as condições anatômicas e funcionais necessárias para um desenvolvimento normal das habilidades da comunicação (Bertier; Trindade; Silva Filho, 2007). A partir da correção cirúrgica primária da fissura, portanto, é possível identificar a existência de alterações de fala características na FLP. As alterações de fala típicas na fissura podem ser classificadas como alterações passivas e ativas segundo alguns autores (Hardin; Grunweell, 1998; Hutter; Brondsted, 1993). As alterações passivas, por um lado, são consequências diretamente relacionadas às alterações anatômicas como a hipernasalidade e o escape de ar nasal, por exemplo. Estas ocorrências não podem ser evitadas na presença da fissura não operada ou da disfunção velofaríngea. Isto é, é impossível para a criança evitar estas alterações se a mesma não tem possibilidade de suficiência velofaríngea. As alterações passivas são também conhecidas como erros obrigatórios na presença de comprometimentos anatômico-estruturais. As alterações “ativas”, por outro lado, se refere aos mecanismos de compensação que podem ser desenvolvidos por algumas crianças durante tentativas de produção dos sons, modelados pelo meio no qual ela interage. Como estas produções ativas não são obrigatórias na presença da fissura não operada ou DVF, nem todas as crianças com FLP ou DVF desenvolvem estas produções ativas.

No grupo de alterações ativas encontram-se as articulações compensatórias (AC), que são produções que envolvem o bloqueio e manipulação de ar para a articulação de sons em locais atípicos do trato vocal, como a faringe e laringe, ao invés da boca, como esperado. Estes pontos articulatorios atípicos ocorrem antes que o ar/som chegue à área velofaríngea ou à fissura aberta (quando esta ainda não foi corrigida), e dão origem às produções conhecidas como golpe de glote (oclusiva glotal), fricativa faríngea, entre outras (Willging; Kummer, 2001; Ladefoged; Maddieson, 1999; Trost-Cardamone, 1997; Kummer, 2008). Nem toda criança que adquire a fala na presença da fissura não operada, ou da DVF, desenvolve AC, sugerindo a natureza ativa destas produções. Neste cenário torna-se evidente a importância de um melhor entendimento sobre o papel e a viabilidade de programas de orientação e intervenção junto aos familiares e educadores como uma forma de prevenir ou minimizar o desenvolvimento das alterações ativas.

Dentre as AC's mais conhecidas, a mais frequente nas diversas línguas é o golpe de glote, ou oclusiva glotal (Howard; Lohmander, 2011, Marino et al., 2012). A oclusiva glotal é caracterizada pela interrupção súbita da corrente aérea na glote

causada pelo movimento valvular abrupto das pregas vocais (e/ou outras estruturas laríngeas) durante a produção de sons orais, particularmente aqueles que exigem alta pressão intraoral como plosivos e fricativos. O uso frequente do golpe de glote (e demais Assis) associado ao reforço do meio (a partir do entendimento do enunciado da criança ou da intenção comunicativa) acaba incorporando essas produções ao sistema linguístico da criança, tornando estas produções parte dos aspectos distintivos fonético-fonológicos tanto da produção quanto da percepção dos sons da fala.

A produção dos pontos atípicos (AC's), por sua vez, prejudica significativamente a inteligibilidade de fala, e a percepção destes pontos como “adequados” pela criança prejudica o processo de remediação, tornando estas produções resistentes a fonoterapia. Neste sentido, torna-se evidente a importância de iniciativas para prevenir o desenvolvimento das AC's, já que enquanto produções ativas e secundárias à FLP e DVF, estas alterações podem ser evitadas. Estudos sugerem uma relação entre a presença de AC's e a idade de realização da palatoplastia primária e da correção da disfunção velofaríngea (Hardin-Jones; Jones, 2005), e também apontam melhora da fala nos casos com acesso a programas de intervenção (Sell et al., 2001). Não foram encontrados na literatura, no entanto, estudos clínicos que oferecem evidências indicando que quanto mais cedo for estabelecido um funcionamento velofaríngeo adequado, menor a incidência de AC e melhor o processo de remediação destas produções. Por outro lado os programas de intervenção precoce com objetivos de monitorar o desenvolvimento da fala, e também implementar estratégias de estimulação que não estimulem ou reforcem o uso de produções atípicas nos bebês com FLP, têm sido descritos como uma forma de evitar ou minimizar o desenvolvimento dessas alterações articulatórias (Scherer; D'Antonio; McGahey, 2008; Golding-Kushner, 2001).

2.2 O PROCESSO DE INTERVENÇÃO PRECOCE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Práticas educativas que envolvem a promoção da saúde e a prevenção de doenças são de responsabilidade do fonoaudiólogo enquanto profissional das áreas da saúde e da educação (Moreira; Mota, 2009). Como profissional integrante da equipe de tratamento das fissuras labiopalatinas, cabe ao Fonoaudiólogo o

desenvolvimento de ações que busquem não somente a reabilitação das funções alteradas, mas também sua prevenção.

Como os indivíduos com FLP podem apresentar diversas alterações de comunicação (Kuehn; Moller, 2000), a eficácia da intervenção precoce nesta área é foco de interesse em pesquisas (Bryant; Maxwell, 1997; Antunes, 2009). Segundo Bzoch (2004) o risco para uma criança com FLP apresentar distúrbios de fala e linguagem aumentam de acordo com: a ausência de tratamento multidisciplinar por equipe especializada, comorbidades como acidentes ou enfermidades no decorrer do desenvolvimento, e o ambiente onde a criança está inserida, particularmente quando este oferece pouca estimulação, ou estimulação inadequada por parte dos pais e cuidadores.

Programas de intervenção visando preparar pais e cuidadores são propostos como uma abordagem positiva para prevenir alterações de fala. Um estudo (Gonçalves, 2012) demonstrou que a formação de grupos para auxiliar os pais a serem mais ativos durante a intervenção, e para estimulação da linguagem pode ser realizado positivamente, e mostrou ainda, que a estimulação por meio de brincadeiras favorece um ambiente estimulante para o desenvolvimento das capacidades sociocognitivas e de aprendizagem. Desde a década de 90 observa-se a indicação de programas de intervenção precoce especificamente voltados para a prevenção de alterações de fala em crianças com fissura labiopalatina (Lohmander-Agerskov et al., 1990; O'Gara; Logemann, 1990). Estes programas de intervenção precoce são encorajados desde o primeiro ano de vida do bebê com fissura, e enfocam orientações quanto à aquisição e desenvolvimento da fala, desde a fase do balbucio, visando a prevenção do desenvolvimento de articulações compensatórias (Golding-Kushner, 2001; Pegoraro-Krook et al., 2004; Scherer; D'Antonio; McGahey, 2008).

O enfoque dos programas de intervenção precoce e promoção de saúde para bebês com FLP, mais especificamente, deve abordar cuidadosamente a produção dos sons da fala (Peterson-Falzone et al., 2006.). Sugere-se que a estimulação da fala e linguagem durante a fase em que a fissura ainda não foi reparada, ou na presença de DVF, deve manter o enfoque no desenvolvimento social por meio da interação e integração do bebê com familiares e cuidadores, porém, ao mesmo tempo evitar que a criança busque alternativas atípicas para

produzir os sons da fala. Neste contexto, a família possui um papel essencial para a estimulação do desenvolvimento das crianças (Prado, 2011).

A prevenção das articulações compensatórias, mais especificamente, requer uma abordagem envolvendo orientação e até mesmo o treinamento de pais e cuidadores (Jobe; D'Mello; Kumar, 2007). É inclusive previsto na legislação brasileira que pais e cuidadores possuem o direito de receber as informações necessárias para promover e melhorar a saúde de suas crianças (Brasil, 1994). Considerando que a participação dos pais e cuidadores no processo de aquisição e desenvolvimento da fala nos bebês com FLP pode ter uma influência significativa no desenvolvimento destas crianças, é importante que as informações e orientações transmitidas sejam disponibilizadas de forma objetiva, clara e adaptadas à linguagem e realidade social dos familiares.

2.3 A FAMÍLIA NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO

O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é totalmente influenciado pela dinâmica familiar, seu desenvolvimento físico, motor e cognitivo, bem como seu bem estar social, estão diretamente relacionados ao ambiente familiar ao qual a criança está inserida (Papalia; Olds, 1981). A família é o primeiro grupo que um indivíduo pertence (Assumpção Junior; Sprovieri, 1991), é a base do seu desenvolvimento, e também o contexto social mais importante com influência direta em sua saúde e desenvolvimento (Patterson, 1995). A chegada de um bebê com FLP por sua vez, traz momentos difíceis de preocupação com o desenvolvimento e com os cuidados do recém-nascido, associados a dificuldades de aceitação (Silveira; Weise, 2008; Carvalho; Tavano, 2000; Antunes; Patrocínio, 2007).

Dúvidas, medos e anseios que acompanham a chegada do bebê com anomalias devem ser tratados com cuidado pelos profissionais envolvidos na reabilitação da criança com fissura, no sentido de acolher a família e oferecer materiais educativos que beneficiem esse momento, auxiliando os pais e cuidadores (Rafacho, 2009). Durante o desenvolvimento da criança a família passa por diversos desafios, e na presença da FLP estes desafios podem se agravar ainda mais, gerando momentos de estresse. O processo de reabilitação da criança com FLP inicia-se muitas vezes antes do nascimento e adentra a fase adulta aumentando o

estresse, desafios e dificuldades enfrentadas pelos familiares e cuidadores, podendo agravar ainda mais o impacto da fissura no desenvolvimento e saúde mental, física e social da criança (Minervino-Pereira, 2005). Muitas vezes, esse estresse vivido pelos pais de crianças com algum tipo de comprometimento, está mais relacionado à angústia e ao desajuste familiar do que com a severidade do comprometimento (Davis et al., 1998; Uzark; Jones, 2003). Quando pais ou cuidadores conseguem unir forças para superar esses momentos de dificuldades e minimizar o impacto negativo da fissura, a família passa a ter um papel ativo e positivo no processo de reabilitação e desenvolvimento da criança com FLP. E é nesse contexto que os profissionais envolvidos na reabilitação do indivíduo com fissura têm um papel importante, devendo focar tanto o tratamento da criança quanto o acolhimento e o preparo dos cuidadores para o gerenciamento das anomalias (Brunhara; Petean, 1999). Neste sentido o aconselhamento, monitoramento, orientação e treinamento de pais é parte essencial no processo de reabilitação.

Cabe aos profissionais da área da saúde o aconselhamento e orientação a famílias de bebês com fissura desde o nascimento, visando um trabalho de parceria entre a equipe envolvida no tratamento e a família, onde ambos são importantes e fundamentais para o desenvolvimento e reabilitação do indivíduo com FLP. Alguns estudos foram realizados com o objetivo de analisar a importância da família no processo de reabilitação, demonstrando a importância do papel da família em programas de intervenção precoce, baseados na interação dos pais com os filhos (Nagaraja; Murthy; Raman, 2005; Peterson-Falzone et al., 2006).

O envolvimento dos pais no processo terapêutico é importante para a evolução do paciente, especialmente na área da Fonoaudiologia. Há pesquisa (Roberts; Kaiser, 2011) que comprova que os pais devem ter um papel ativo no processo de reabilitação, demonstrando que as crianças apresentam uma evolução mais rápida e melhor quando seus pais são treinados pelos terapeutas para replicarem os exercícios de intervenção em suas casas. Mais especificamente nos casos de crianças com FLP em tratamento para alterações articulatorias, estudos reportam uma melhora mais significativa durante o processo terapêutico quando os pais são treinados para realizarem exercícios em casa (Broen; Westman, 1990; Eiserman; Weber; McCoun, 1992; Pamplona; Ysunza; Urioste, 1996). Os resultados destes estudos indicam que ao usarem estratégias de comunicação em suas casas, os pais acabam gerando um impacto positivo no desenvolvimento da

fala e linguagem da criança com FLP, favorecendo a generalização do aprendizado pela criança, o que consequentemente otimiza o processo terapêutico.

Estudos buscando disseminar informação para pais foram desenvolvidos com base na preocupação da interação dos pais com as crianças com fissuras, e da necessidade de orientação aos mesmos para otimização do processo de reabilitação (Gonçalves, 2012). Para crianças com FLP os estudos apontam a importância da abordagem terapêutica envolvendo os pais desde cedo, enfatizando a intervenção precoce (Scherer; D'Antonio; McGahey 2008), e ainda demonstram a importância de programas de intervenção precoce envolvendo mães no processo de promoção do desenvolvimento da fala e linguagem, prevenindo ou minimizando alterações de fala nas crianças com FLP (Meinusch; Romonath, 2011).

A partir de uma revisão de literatura Martins (2001) desenvolveu um material impresso sobre a etiologia, embriologia, incidência, classificação, avaliação e tratamento das fissuras labiopalatinas. Bachega e Thomé (1984) desenvolveram um manual sobre aleitamento materno para mães de crianças com FLP enquanto Silva (2013) preparou um material para pais e cuidadores sobre os cuidados com a audição de crianças com FLP. Apesar dos estudos abordarem a orientação e disseminação do conhecimento relacionado à fissura labiopalatina, este é só o começo de um longo caminho de outros estudos que devem ser realizadas buscando a transmissão de informações adequadas aos pais, familiares, cuidadores, e até mesmo profissionais.

Vindo de encontro à grande variedade de meios de comunicação e informação, estudos demonstram a preferência de pais pela utilização da internet como a primeira fonte de pesquisa e busca de informações (Nichols; Nixon; Pudney; Jurvansuu, 2009; Walker et al., 2011), e como meio de buscar informações e orientações a pais (Madge; O'Connor, 2006; Warren et al., 2010). Em relação às pesquisas realizadas online pelos pais, o estudo de Bernhardt e Felter (2004) reporta que pais normalmente buscam informações relacionadas ao desenvolvimento normal, diagnósticos médicos, doenças específicas e estratégias que podem ser utilizadas por pais para estimular o desenvolvimento da criança. Apesar de a internet ser reconhecida por pais como um meio conveniente e positivo de acesso a informações (Dworkin; Connell; Doty, 2013), muitos pais apontam a preocupação e dificuldade do uso desse meio de comunicação devido à falta de sites com informações relevantes sobre o desenvolvimento diário da criança,

especialmente para crianças consideradas de risco (Warren et al., 2010). Além disso, os pais citam ainda a dificuldade de encontrar sites de fontes confiáveis para a busca de informações (Rothbaum; Martland; Jannsen, 2008; Bernhardt; Felter, 2004). Observa-se uma tendência para o desenvolvimento de estratégias na busca de informações online mais confiáveis, conforme citado em um estudo de Bernhardt e Felter (2004) onde as mães indicaram que sites comerciais são menos confiáveis quando comparados a sites administrados por universidades ou profissionais.

2.3A TELESSAÚDE E A FISSURA LABIOPALATINA

Com o grande avanço tecnológico e a rápida expansão da internet e seus meios de acesso nos dias atuais, o uso de ferramentas de ensino e práticas a distância vem crescendo, se mostrando um meio eficaz pela redução de custos e efetividade que apresenta. Diversas áreas têm adotado estes meios à distância, especialmente na área da saúde, em centros médicos, em hospitais e em universidades, e é nesse contexto que surge a Telemedicina, como modalidade para oferta de serviços de saúde em casos onde a distância dificulta o acesso a serviços, formação e capacitação (OMS, 2010).

Atualmente vários conceitos e definições se desenvolveram para as práticas da tecnologia de informação eletrônica, sendo denominados em diferentes formas de “tele”. O prefixo “tele” significa distante ou remoto (Darkin; Cary, 2000) e é utilizado para descrever a transferência de informação à distância (Houston et al., 2014). Com o crescimento do uso de ferramentas utilizando a tecnologia de informação e comunicação eletrônica, surgem a Telemedicina e a Telessaúde, conceitos que muitas vezes são utilizados como sinônimos. Segundo alguns autores a Telemedicina se refere mais ao diagnóstico e ao tratamento à distância por profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros e outros (Fong; Fong; Li, 2011); enquanto a Telessaúde tem uma abordagem mais ampla, englobando atividades que vão além do cuidado ao paciente, abordando também a promoção de saúde, a educação ao paciente e ao profissional, a prevenção de doenças, o gerenciamento de serviços de saúde, dentre outras (Ferrari et al., 2010). Neste contexto, amplia-se o conceito para Teleprática, que segundo a Agência para Pesquisas e Qualidade em Cuidados da Saúde (Agency for Healthcare Research and Quality) é descrita como o uso das tecnologias de comunicação para transmitir

serviços relacionados à saúde e informação de cuidados com o paciente e educação em saúde (Stredler-Brow, 2014); portanto, as telepráticas possibilitam o acesso aos serviços de intervenção e aos programas de prevenção. A prevenção, embora muito importante, ainda é pouco valorizada principalmente pelos próprios familiares e pacientes, pois temos o mau hábito de apenas reconhecer problemas de saúde quando eles já estão presentes. Neste sentido, amplia-se o potencial de programas de prevenção e promoção em saúde à distância como uma ferramenta para auxiliar pais em abordagens de intervenção precoce, buscando-se otimizar os cuidados em saúde (Houston; Walters; Stredler-Brown, 2014).

A Fonoaudiologia, por sua vez, acompanhou o avanço observado na área da telessaúde descrevendo iniciativas à distância desde a década de 70, conforme descrevem Houston e colaboradoras (2014) ao citarem vídeos conferências utilizadas por fonoaudiólogos para compartilhar modelos de avaliação e intervenção de pacientes com comprometimentos neurológicos. A Associação Americana de Fonoaudiologia (American Speech and Hearing Association - ASHA) inclui a teleprática como ferramenta para atuação do fonoaudiólogo, enfatizando a importância dos profissionais em proporcionar qualidade nos atendimentos e serviços prestados à distância, priorizando o bem-estar dos pacientes mantendo pelo menos a mesma qualidade oferecida nos serviços face a face (ASHA, 2005).

Apesar do crescimento da atuação profissional através de ferramentas de comunicação eletrônica desde a década de 70, foi apenas em 2009 que a Prática de Telessaúde em Fonoaudiologia (Telefonoaudiologia) foi regulamentada no Brasil pelo Conselho Federal pela Resolução n.º 366, que reconheceu pela primeira vez a Telessaúde como exercício legal em Fonoaudiologia, definindo a Telessaúde em Fonoaudiologia (Telefonoaudiologia) como o “exercício da profissão por meio das tecnologias de informação e comunicação com utilização de metodologias interativas e de ambientes virtuais de aprendizagem com os quais se poderá prestar assistência, promover educação e realizar pesquisa em Saúde” (CFFa, 2009). A Telefonoaudiologia, portanto, consiste no uso de tecnologias que permitem praticar a fonoaudiologia à distância.

A publicação de trabalhos relacionados a atividades de Telefonoaudiologia vem crescendo nos últimos anos, porém, grande parte destes tem como foco a audilogia, descrevendo procedimentos de teleconsulta, teleducação e telerreabilitação. Um estudo de revisão de literatura sobre a

Telessaúde na Fonoaudiologia selecionou sete artigos relacionados a Telefonoaudiologia, publicados entre 2009 e 2012, e todos demonstraram eficácia das aplicações de telessaúde na área da Fonoaudiologia (Menon; Magni, 2014.). Segundo os autores, a Telefonoaudiologia cresce enquanto ferramenta, a qual pode contribuir na redução de custos com deslocamentos em saúde, bem como pode ampliar as possibilidades de acesso à formação e capacitação profissional especializada e a distância. Ou seja, amplia-se o acesso aos serviços em saúde especializados, e também aos programas de formação e capacitação, antes disponíveis apenas em grandes centros.

Conforme relatório do IBGE houve um aumento da porcentagem da população que tem acesso à internet, refletindo a importância e abrangência do ambiente virtual como fonte de informação, assistência, aprimoramento e até mesmo lazer (IBGE, 2011). Um estudo, em particular, foi realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Rafacho, 2009) onde 300 sujeitos foram entrevistados quanto o uso da internet para orientação sobre a FLP; a pesquisadora demonstrou que 69% dos entrevistados têm acesso a internet, enquanto 72% afirmaram que já haviam buscado orientações pela internet; concluindo que um web site pode atender as necessidades individuais, momentâneas e muitas vezes, emergenciais de pais de bebês com FLP, mesmo a distância. Com o acesso à rede crescendo 143,8% de 2005 a 2011 na população brasileira com 10 anos ou mais (Spinardi et al., 2009) as instituições de ensino e o governo passaram a dar mais valor ao uso de Tecnologias da Informação e Comunicação, dando subsídios para programas governamentais, como o Telessaúde Brasil Redes (<http://www.telessaudebrasil.org.br/>), onde a fonoaudiologia também está inserida. De uma forma geral, são vários os estudos e programas que fazem uso de ferramentas de telessaúde nas várias áreas de atuação da Fonoaudiologia (Caseebeer et al., 2002; Choi et al., 2007; Eikelboom et al., 2005; Ferrari et al., 2004; Sicotte et al., 2003; Theodoros et al., 2003, Krumm, 2007; Lieberth; Martin, 2005).

Uma das vertentes de Telessaúde é a Teleducação que envolve o uso da tecnologia de informação e comunicação para promover o acesso a conhecimentos, e o ensino a distância. Vários trabalhos abordaram o uso da Teleducação para atingir o maior número de profissionais possíveis, visando um preparo mais qualificado ao lidarem com os pacientes e suas condições de saúde (Martins, 2013; Spinardi, 2009; Blasca et al., 2010; Melo, 2008; Gonçalves, 2011; Carvalho, 2011;

Zambonato, 2012; Blasca et al., 2011; Campos K, 2011; Campos PD, 2011). Outros trabalhos indicam que a Teleducação é uma via eficaz para promoção da saúde nas diversas áreas da fonoaudiologia, incluindo voz, audiologia, fonoaudiologia escolar, e inclusive abordando temas sobre as fissuras labiopalatinas (Corrêa, 2012; Carvalho, 2012; Picolini, 2011; Oliveira, 2012; Zabeu, 2011; Picolini et al., 2013). De uma forma geral, o uso da tecnologia de informação também tem sido explorado para oferecimento de cursos e programas de saúde para disseminação de conhecimentos ou desenvolvimento de habilidades específicas em saúde (Spinardi et al., 2009; WHO, 2010).

Apesar do desenvolvimento observado na área da Telefonoaudiologia, observa-se ainda a necessidade de estudos com foco na FLP e em materiais que favoreçam a formação de Fonoaudiólogos para a orientação de pais e cuidadores nesta área. Moraes (2008) investigou quais eram os materiais utilizados em hospitais de alta complexidade para orientação de pais e cuidadores, e encontrou que não existia material multimídia em português sobre o tema, enquanto que na língua inglesa existem vários manuais impressos e online destinados a este público. A oferta de materiais em plataformas virtuais desenvolvidos por fontes confiáveis, como associações de Fonoaudiologia, universidades, e centros especializados também é maior na língua inglesa do que na portuguesa, com materiais abordando informações desde os primeiros cuidados até o crescimento e desenvolvimento da criança com FLP, nas áreas específicas do gerenciamento da fissura (Speech Development Related to Cleft Palate - Children's Hospitals and Clinics of Minnesota Patient/Family Education -

<https://www.childrensmn.org/Manuals/PFS/ChildDev/193473.pdf>; Speech Development from Cleft Palate Foundation cleftline.org/docs/PDF_Factsheets/Speech.pdf; American Speech-Language-Hearing Association – Cleft Lip and Palate - <http://www.asha.org/public/speech/disorders/CleftLip/>; Wide Smiles – Early Speech Stimulation in the Cleft Lip/Palate Child www.widesmiles2.org/cleftlinks/; Early Sound Development in Children With a Cleft Palate from Seattle Children's Hospital - www.seattlechildrens.org; “Your baby has a cleft lip and/or cleft palate” from Monash Children Hospital - http://www.monashchildrenshospital.org/icms_docs/4834_Cleft_lip_andor_cleft_palate_clinics.pdf; Cleft lip and palate information—Cleft palate and speech from The

Royal Children's Hospital -
<http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/plastic/Cleft%20palate%20and%20speech.pdf>).

No Brasil há recursos disponibilizados na web como fontes de informação e orientação para pais e pacientes, contendo materiais informativos sobre a fissura labiopalatina, suas causas, tratamento, alimentação e primeiros cuidados (Rafacho, 2012; Bastos, 2011; Costa, 2012; Prado, 2011; Moraes, 2008; Quadros, 2014) Alguns destes materiais foram desenvolvidos por alunos de graduação e de pós-graduação

(http://portaldosbebes.fob.usp.br/portaldosbebes/Portugues/detSubCategorialInstitucional.php?codsubcategoria_fono=10047&codcategoria_site=1;
<http://fissuralabiopalatina.blogspot.com.br>) e alguns foram desenvolvidos por pacientes e/ou familiares, baseados em suas vivências e experiências com a FLP (<http://nascendocomfissuralabiopalatina.blogspot.com.br/>). Outros materiais foram desenvolvidos em parceria com Universidades também em cursos de graduação ou pós-graduação (<http://www.unifenas.br/extensao/cartilha/Centrinho.pdf>;
http://www.centrinho.usp.br/hospital/diversos/dest_fissura.html;
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/manual_fissura_2012.pdf;
<http://www.redeprofis.com.br/conteudo.php?conteudo=49>). De uma forma geral, os materiais encontrados abordam definições sobre a fissura labiopalatina, suas causas, abordagem de tratamento da fissura, orientações gerais sobre primeiros cuidados, alimentação e desenvolvimento geral dos bebês (www.fissuralabioepalato.funcraf.org.br, <http://fissuraeaudicao.wordpress.com>).

Os trabalhos que abordam o uso de mídias eletrônicas com o objetivo de promoção e prevenção dos distúrbios de fala, especialmente para pais e cuidadores de crianças com fissura labiopalatina, no entanto, são limitados (Rafacho 2012; Quadros, 2014). Na literatura consultada não foram encontradas ferramentas preparadas para otimizar a formação e capacitação de fonoaudiólogos para orientar e/ou treinar pais e cuidadores sobre o desenvolvimento da fala do bebê com FLP antes dos procedimentos cirúrgicos primários.

2.4 MATERIAL PARA FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE FONOAUDIÓLOGOS NA ÁREA DA FLP

Particularmente nas anomalias craniofaciais, Bzoch e colaboradores (2004) propõe que a prevenção de distúrbios de comunicação implica no aconselhamento e treinamento precoce, e sempre que possível domiciliar, de pais e cuidadores, com foco na aquisição e desenvolvimento normal da audição, fala e linguagem. Cuidadores de bebês com anomalias são atendidos em centros de referência para o tratamento de malformações, e nestes centros recebem orientações de profissionais da saúde sobre as abordagens de tratamento, e sobre o desenvolvimento do bebê. O fonoaudiólogo, mais especificamente, é o profissional que aborda o desenvolvimento da audição, fala e linguagem. No entanto, a proposta curricular nacional para formação do fonoaudiólogo (BRASIL, 2002) não prevê conteúdo específico para os distúrbios da comunicação relacionados à fissura labiopalatina. Apesar do conteúdo específico necessário para uma atuação adequada no gerenciamento dos distúrbios da comunicação relacionados à fissura labiopalatina ser oferecido dentro de várias disciplinas em várias universidades, a proposta de atuação para a prevenção e intervenção nos distúrbios de fala nem sempre é abordada, uma vez que a fissura é considerada área de atuação da motricidade orofacial (MO), e o enfoque do atendimento fonoaudiológico oferecido na área da MO nem sempre incorpora os aspectos linguísticos e audiológicos necessários para a correção e prevenção das alterações de fala características na FLP e DVD (Dutka; Pegoraro-Krook, 2014). Neste cenário sugere-se que a formação necessária para uma atuação fonoaudiológica especializada na área da FLP e DVF, deve ser complementada por meio de cursos de capacitação e educação continuada ou mesmo residência multiprofissional, ou pós-graduação.

Além de ser um centro de referência no tratamento de fissuras labiopalatinas via Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC – USP) é também um hospital de ensino e pesquisa da USP, e recebe alunos de graduação e pós-graduação para formação e capacitação no gerenciamento das fissuras labiopalatinas. Por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão conduzidas no ambiente hospitalar em parceria com a Faculdade de Odontologia de Bauru, alunos e profissionais da saúde desenvolvem habilidades e competências visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da pessoa com anomalias

craniofaciais. A Teleducação e o ensino a distância, neste cenário, são estratégias capazes de otimizar a formação e aperfeiçoamento de fonoaudiólogos e demais profissionais da saúde e educação, os quais atuam com pessoas com anomalias craniofaciais.

Em um estudo de Mantovani e colaboradores (2005) realizado com estudantes do curso de Fonoaudiologia de uma universidade, os pesquisadores aplicaram um questionário com 77 alunos abordando os meios interativos de comunicação e ensino a distância, os resultados demonstraram que 100% dos entrevistados possuem acesso à Internet e e-mail, 88,3% possuem conhecimentos sobre o ensino a distância, 85,7% tem interesse em participar de cursos a distância, e 88,3% afirmaram que acreditam que programas de ensino a distância podem auxiliar na formação em Fonoaudiologia. Karnell e colaboradores (2005) demonstraram a efetividade de um site desenvolvido por pesquisadores que tinha como objetivo facilitar a comunicação entre fonoaudiólogos com especialização na área de FLP e fonoaudiólogos não especialistas que realizavam terapia para indivíduos com alterações de fala associadas à FLP, ou a anomalias craniofaciais. Essa abordagem utilizando a Telefonoaudiologia para troca de informações e conhecimento facilitou a comunicação entre os profissionais, melhorando os resultados da terapia; as informações utilizadas e disponibilizadas pelos profissionais no site foram ainda utilizadas em programas de orientação e treinamento acadêmico, e como ferramenta de ensino.

Tão importante quanto a capacitação de alunos e profissionais da saúde, é também a transmissão de conhecimentos e informações para a comunidade, e também para a população alvo dos serviços de saúde. A elaboração de mídias eletrônicas para pais e cuidadores, particularmente, é um recurso que pode ser mais amplamente explorado e utilizado, buscando-se tanto a disseminação do conhecimento em diversas áreas, quanto a promoção, prevenção e intervenção em saúde. Risk e Dezenowagis (2001) sugerem que para a elaboração de ambientes para aprendizagem virtual é necessário levar em consideração padrões éticos e apresentar informações de qualidade, baseadas em evidências, para que assim, os interesses dos pacientes sejam preservados. Os profissionais da área da saúde, por sua vez, devem estar envolvidos no desenvolvimento e avaliação de ferramentas virtuais de qualidade, de forma que possam direcionar seus pacientes para o uso adequado destas mídias eletrônicas. Arcoverde (2001) reporta que as mães,

particularmente, são muito interessadas na saúde e no desenvolvimento de seus filhos, e mesmo em situações com dificuldades de aceitação e enfrentamento da realidade, como na presença de fissura labiopalatina, por exemplo, as mães buscam constantemente informações que, por sua vez, acabam facilitando o processo de aceitação e desenvolvimento de seus filhos. Neste cenário torna-se visível a importância da atuação dos profissionais da saúde de forma integrada e interdisciplinar para a criação e disseminação de informações que aperfeiçoem o gerenciamento de condições como a FLP favorecendo a prevenção de alterações associadas à anomalia. Salienta-se também a importância do uso de ferramentas de Telessaúde para promover a integração entre profissionais de diversas áreas da saúde, objetivando o desenvolvimento de um atendimento com maior qualidade (Spinardi et al., 2009).

Considerando os avanços observados na área da Telessaúde no Brasil e as possibilidades de oferta de serviços, de formação e capacitação envolvendo o uso da internet como ferramenta de assistência e de ensino, e também considerando os recursos limitados para formação de alunos sobre o desenvolvimento da fala na FLP, particularmente antes da correção cirúrgica primária, este estudo propõe a elaboração de um material que será disponibilizado em formato de mídia eletrônica e poderá ser acessado virtualmente com o objetivo de esclarecer dúvidas, cooperar na formação dos estudantes, bem como auxiliar na disseminação de informações e no ensino de estratégias que favoreçam um desenvolvimento de fala adequado dos bebês com FLP.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

Este trabalho visa desenvolver e avaliar um material sobre o desenvolvimento da fala na criança com FLP, o qual favoreça a formação de estudantes de Fonoaudiologia desde o primeiro ano do curso. Sendo assim, os objetivos deste trabalho incluem:

- 1) Desenvolvimento de uma mídia eletrônica sobre o desenvolvimento da fala no primeiro ano de vida em bebês com fissura labiopalatina;
- 2) Avaliação do material por professores de cursos de Fonoaudiologia os quais ensinam disciplinas que abordam o desenvolvimento de fala e linguagem em bebês;
- 3) Avaliação e comparação do entendimento de graduandos em fonoaudiologia antes e após acesso à mídia sobre o desenvolvimento da fala na criança com FLP.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) em parceria com a Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC/USP), e aceito, conforme aprovação do parecer 1.202.713 (Anexo A).

4.1 MATERIAIS

Foi utilizado um microcomputador para levantamentos, pesquisas e elaboração do material. Para acessar e avaliar o material os professores utilizaram seus próprios computadores. Já os alunos utilizaram os computadores da sala de Treinamento da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP) para acessarem a mídia eletrônica. Os demais materiais utilizados incluíram papel sulfite para anotações e impressões de questionários e fichas de identificação, sendo que os materiais foram adquiridos com recursos próprios da aluna pesquisadora.

4.2 MÉTODOS

O projeto foi realizado em duas etapas, compreendendo a elaboração da mídia eletrônica e a avaliação da mesma. Para a elaboração da mídia eletrônica, primeiramente foi feita uma pesquisa sobre o desenvolvimento da fala em bebês com fissura, e a partir desta pesquisa foram selecionados os conteúdos e tópicos que seriam abordados no material. Em seguida foi selecionada a ferramenta na qual o material seria disponibilizado para a avaliação, e posteriormente para ser acessado pelo público em geral.

Na etapa da avaliação do material disponibilizado na mídia eletrônica foram observados os requisitos éticos e obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) necessários (Apêndice A). Os sujeitos compreenderam dois grupos: professores da área de Fala e Linguagem de cursos de Fonoaudiologia e graduandos em Fonoaudiologia da FOB-USP. Os professores foram convidados a

participar como avaliadores do conteúdo, e os alunos foram convidados a acessar o material respondendo a um questionário sobre o conteúdo abordado antes e depois do acesso a mídia desenvolvida.

Após a avaliação do material por professores, e da aplicação do material para testar o conhecimento adquirido antes e após o acesso a mídia pelos estudantes de Fonoaudiologia, o material foi reformulado de acordo com os resultados da avaliação, para então, ser disponibilizado em rede quando o HRAC-USP disponibilizar um veículo para tal.

4.2.1 Elaboração da mídia eletrônica (Objetivo 1)

O desenvolvimento do material contou com um levantamento bibliográfico a respeito da existência de materiais que envolvem a temática de desenvolvimento da fala e linguagem em crianças com fissura labiopalatina, e orientações a pais e cuidadores de crianças com FLP. As seguintes bases de dados foram consultadas: Pubmed, SibiNet-USP, Scielo, obras de caráter monográfico, tais como: teses, dissertações e monografias, capítulos de livros, web sites e manuais. Visto a escassez de trabalhos abordando o desenvolvimento da fala de crianças com FLP na língua portuguesa, os materiais foram buscados tanto na língua portuguesa como na língua inglesa.

Para a produção do material e confecção da mídia eletrônica foram utilizados links, imagens e vídeos relacionados ao conteúdo abordado, tornando o material mais atrativo visualmente, favorecendo a disseminação das informações apresentadas. Todos os vídeos e ilustrações utilizados são materiais de domínio público existente na web, ou resultante de trabalhos já realizados no HRAC, com autorização dos autores responsáveis. Fez parte da metodologia do presente trabalho identificar e selecionar imagens e ilustrações e ao encontrá-las verificar se as mesmas são de domínio público, selecionar materiais já existentes relacionados ao conteúdo abordado; bem como buscar e identificar links de web sites existentes que apresentem conteúdo fidedigno que possam ser indicados e relacionados ao conteúdo da mídia eletrônica.

A partir de então, foi criado um material abordando o desenvolvimento de fala no bebê com FLP no primeiro ano de vida, primeiramente este conteúdo foi organizado em formato de narrativa para apresentação e avaliação dos Professores

das áreas de Fala e Linguagem de cursos de Fonoaudiologia. Após a avaliação do conteúdo do material pelos professores, o conteúdo foi reformulado, seguindo-se as sugestões e comentários da avaliação dos docentes, e então foi disponibilizado em formato de apresentação através da plataforma Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) disponível na FOB-USP. O Moodle é uma plataforma de sistema de gerenciamento de cursos, ou seja, gerencia cursos online. O Moodle foi criado com base na teoria Sócio-Construtivista de Vygostky, que defende e ressalta a importância da interação para o aprendizado (Carvalho, 2011). Como o Moodle também permite avaliar o usuário por meio de questões de múltipla, com opções de escolha entre falso ou verdadeiro, por exemplo, esta ferramenta foi usada neste estudo inserindo-se questões ao fim de cada tópico abordado no material. Como a plataforma Moodle ainda não está disponibilizada no HRAC-USP, buscou-se numa disciplina no currículo do curso de Fonoaudiologia da FOB-USP onde o conteúdo abordado no material é oferecido. O material foi oferecido como conteúdo da disciplina para todos os alunos, no entanto, apenas os graduandos de Fonoaudiologia que concordaram em participar deste estudo, e assinaram o TCLE, responderam as questões antes e depois de acessar o material.

Após o término desse trabalho, a mídia eletrônica sobre o desenvolvimento de fala dos bebês com FLP estará pronta para ser disponibilizada pelo HRAC dentro de ambiente virtual ou por meio da plataforma Moodle, uma vez que esta esteja disponibilizada no HRAC. Atendendo a necessidade de implementar opções para ensino à distância e práticas em Telessaúde, docentes e alunos da pós-graduação do HRAC estabeleceram uma parceria com docentes e alunos do Departamento de Ciências da Computação da Universidade Sagrado Coração – Bauru, e por meio desta parceria está sendo desenvolvido um ambiente virtual (em fase de elaboração)¹ para transmissão de informações sobre o desenvolvimento de crianças com fissura labiopalatina e demais anomalias craniofaciais, o qual poderá ser usado futuramente para disponibilizar, para estudantes e profissionais da rede de assistência em saúde, os conteúdos desenvolvidos neste estudo.

4.2.2 Avaliação do material por Professores da Área de Fala e Linguagem (Objetivo 2)

¹ SOUZA, L.C. Teleducação e desenvolvimento infantil: contribuições do profissional da saúde à pais e equipe. A ser editado pelo HRAC/USP. 2015.

O material foi avaliado por professores especialistas em fala e linguagem, com conhecimento sobre o desenvolvimento da fala em bebês. Foram selecionados e convidados seis professores de três diferentes universidades, sendo elas: Universidade de São Paulo (Bauru, SP), Universidade Norte do Paraná (Londrina, PR) e University of Utah (Salt Lake City, UT, EUA). Todos os professores lecionam em cursos de Fonoaudiologia (Universidade pública ou particular) e foram convidados para participar deste estudo como juízes, com o objetivo de avaliar o conteúdo elaborado a ser inserido na mídia eletrônica.

Os professores tiveram inicialmente 30 dias para ler e avaliar o material desenvolvido, que foi enviado em formato de documento PDF impresso ou online via e-mail. Após leitura do material os professores fizeram a avaliação do conteúdo do material utilizando dois questionários adaptados de suas versões originais, sendo eles: *“Health-Related Web Site Evolutation Form Emory”* (University Rollins Scholl of Public Health, 1998) e o *“Website Motivational Analysis Checklist for Evaluating Service-Based Commercial Web Sites”* (Small; Arnone, 2002).

O instrumento Emory foi criado para avaliação de web sites e é originalmente composto por 36 questões que são divididas em oito escalas: conteúdo, precisão, autores, atualizações, público, navegação, links, estrutura, sendo considerado um instrumento fácil de ser aplicado e de ser entendido, além de ser fiel na classificação do web site (Souza; Bastos; Ferrari, 2009). A versão original foi adaptada pela pesquisadora deste estudo, procurando manter a forma do questionário inicial, porém com ressalvas ao objetivo da avaliação do material. Sendo assim, o questionário Emory adaptado (Apêndice B) neste estudo contém treze questões, divididas em cinco escalas, avaliando:

- Conteúdo: compreende 4 questões, avaliando se o objetivo do material está claro, se as informações são imparciais, se o conteúdo abrange adequadamente o assunto abordado e se o material sugere links externos úteis relacionados ao tema.
- Precisão: compreende 1 questão que avalia a qualidade das informações apresentadas.
- Público: compreende 4 questões que avaliam se o público alvo está evidente, e se as informações apresentadas no material são adequadas ao público alvo.

- Links externos: compreende 3 questões que avaliam se os links externos oferecidos são apropriados ao assunto.
- Estrutura: compreende 1 questão que avalia se as imagens e figuras apresentadas no material agregam valor ao mesmo.

As opções de resposta para cada questão foram identificadas como “concordo” atribuindo-se dois pontos, “discordo” atribuindo um ponto e para alguns itens a opção de resposta corresponde a “não se aplica”, na qual é atribuído zero ponto.

O protocolo WebMAC E-Commerce original possui 32 afirmações classificadas em 4 subcategorias para avaliação das qualidades necessárias para um *web site* motivador, são elas: estimulante, significativa, organizado e fácil de usar, e contém também 4 perguntas semiabertas. Na adaptação utilizada para este estudo o protocolo WebMAC (Apêndice C) contém 8 afirmações classificadas em 3 subcategorias baseadas no protocolo original, sendo elas:

- Estimulante: compreende 4 questões que avaliam a forma como as informações do material são apresentadas, se as informações apresentadas são atualizadas e não são redundantes ou sem importância, bem como avaliam se os links externos sugeridos são relevantes.
- Significativa: compreende 2 questões que avaliam se as informações apresentadas são significativas e interessantes, e se a variedade de formato das informações apresentadas prende a atenção do leitor ao material.
- Organizado: compreende 2 questões que avaliam se o objetivo do material é claro, e se as informações do material são apresentadas de forma clara e consistente.

As opções de resposta para as questões das subcategorias acima foram: concordando ou discordando, sendo atribuída a seguinte pontuação às respostas: 0=discordo completamente, 1=discordo parcialmente, 2=concordo parcialmente, 3=concordo completamente.

O protocolo WebMAC adaptado para este estudo também contém as mesmas 4 questões semiabertas que contém o protocolo original, sendo elas:

- 1) Eu consideraria visitar uma Plataforma Virtual com este conteúdo?;

2) Eu recomendaria uma Plataforma virtual que apresentasse este conteúdo para outros?;

3) Qual é a maior vantagem deste material?;

4) O que precisa ser melhorado neste material?

Ao final da aplicação de cada um dos instrumentos utilizados (questionário adaptado EMORY e protocolo adaptado WebMAC E – Commerce), foi feita a análise através do cálculo do total dos pontos obtidos e feita a análise descritiva dos resultados. Para o questionário adaptado Emory a análise foi através do cálculo sugerido pelo questionário original, sendo: o cálculo da pontuação obtida ao valor atribuído as respostas, dois para “concordo” e um para “discordo”, dividido pelo cálculo do número de pontos possíveis. Para encontrar o resultado final em porcentagem, será utilizada a fórmula descrita no questionário original Emory, como demonstrado no quadro abaixo:

$\frac{\text{Pontuação total obtida}}{\text{Pontuação total possível}} \times 100 = \text{Porcentagem de pontos totais possíveis}$
--

Quadro 1: Cálculo dos resultados da avaliação através do questionário EMORY, conforme proposto pela versão original do questionário.

A porcentagem obtida representa a qualidade do material virtual, conforme foi descrito na análise do Questionário Emory original, sendo que se o resultado atinge pelo menos 90% dos pontos o caracteriza como *excelente*, caso atinja a pelo menos 75% o ambiente é avaliado como *adequado* e menos de 75% como *pobre*, conforme demonstra o quadro a seguir:

Porcentagem	Avaliação
Pelo menos 90% dos pontos possíveis (ou seja, quando a pontuação for igual ou superior a 90%).	<u>Excelente</u> : Esta ferramenta é uma fonte excelente de informação da saúde. Os consumidores poderão alcançar e compreender facilmente a informação contida neste local. Não hesite em recomendar este site aos seus clientes.
Pelo menos 75% (ou seja, quando a pontuação for igual a 75% ou até 89%).	<u>Adequado</u> : Esta ferramenta fornece informações relevantes e poder ser navegado sem muitos problemas, no entanto, pode não ser o melhor material disponível. Se outra fonte de informação não puder ser localizada, este site fornecerá boa informação para seu cliente. Deve ser tomada cautela quando conversar com seu cliente sobre a informação encontrada no site e a informação que realmente é necessária.
Menos de 75% de pontos possíveis totais (ou seja, quando a pontuação for inferior a 75%).	<u>Pobre</u> : Esta ferramenta não deve ser recomendada aos seus clientes. A validade e a confiabilidade da informação não podem ser confirmadas. Toda a informação do site pode não ser acessível. Procure outro material para impedir que a informação falsa ou parcial seja lida.
Quadro 2: Pontuação da avaliação da qualidade da ferramenta da web, proposta pelo Emory.	

Para o protocolo adaptado WebMAC E - Commerce a análise foi descritiva, pois o cálculo sugerido no protocolo original não foi possível devido as diversas modificações e adaptações do protocolo original para a versão utilizada neste estudo.

4.2.3 Avaliação do material por estudantes de Fonoaudiologia (Objetivo 3)

Após a avaliação do conteúdo do material pelos Professores, se sugeridas modificações, essas foram discutidas entre os pesquisadores envolvidos na elaboração do material, e se consideradas necessárias, foram implementadas. A mídia revisada após as sugestões foi então disponibilizada na plataforma Moodle da FOB-USP, e foi acessada através de uma disciplina ministrada aos estudantes do primeiro ano do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. O material fez parte do conteúdo da disciplina “BAF0214 – Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem I”. Como a disciplina aborda o conteúdo relacionado ao desenvolvimento de fala desde o nascimento, o material foi utilizado

para ajudar a desenvolver habilidades e conhecimentos nos alunos que cursaram a referida disciplina no segundo semestre de 2015. Ao cursar a disciplina o aluno teve duas opções: acessar o conteúdo como parte da disciplina mas não participar da pesquisa, ou acessar o conteúdo como parte da disciplina e participar da pesquisa. O critério de inclusão no estudo foi que todos fossem alunos matriculados na disciplina, possuísem número USP para acesso à plataforma e, após o aceite assinassem o TCLE.

Para a avaliação do material, foi utilizado um roteiro avaliativo (Apêndice D) desenvolvido pela autora deste estudo após a elaboração da mídia. O roteiro avaliativo foi composto de 24 afirmativas onde as opções de resposta eram: verdadeiro (V) ou falso (F), e teve como objetivo avaliar as habilidades propostas neste estudo, isto é, o conhecimento adquirido pelos alunos após o acesso à mídia eletrônica comparando o desenvolvimento de fala normal e o desenvolvimento de fala no bebê com FLP. O roteiro não incluiu perguntas com opções de respostas abertas, e as questões foram elaboradas abordando diretamente o material apresentado para o aluno sobre o desenvolvimento de fala em bebês com FLP. As afirmativas foram apresentadas por tópicos, isto é, após um determinado tópico ser abordado na mídia as afirmativas referentes conteúdo foram apresentadas em seguida, o aluno então lia o material e depois respondia as afirmativas referentes àquela parte do material.

Antes de preencherem o roteiro avaliativo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado, e os alunos foram orientados sobre a participação no estudo ser opcional, e que a aceitação ou não em participar no estudo não iria interferir na avaliação do desempenho do aluno na disciplina. Após apresentação do TCLE os alunos participantes preencheram uma ficha de identificação (Apêndice E) para definição do perfil do estudante.

Após a assinatura do TCLE e do preenchimento da ficha de identificação, foi entregue a cada estudante o roteiro avaliativo em formato impresso, para que cada participante respondesse as questões antes de ter acesso ao material da mídia eletrônica. O preenchimento do TCLE, do roteiro avaliativo e da ficha de identificação mais as instruções iniciais duraram entre 20 e 30 minutos. Ao terminarem o preenchimento, os estudantes tiveram acesso à mídia eletrônica durante a disciplina BAF0214, na Sala de Treinamento da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Bauru, onde estavam disponíveis computadores conectados à

internet; os alunos tiveram acesso à mídia eletrônica durante no mínimo 30 e no máximo 60 minutos, onde tiveram tempo suficiente para navegar por todo o material apresentado e responder novamente o roteiro avaliativo após a leitura do conteúdo do material, mas dessa vez, o preenchimento do roteiro foi no formato online, na própria plataforma Moodle. As afirmativas do roteiro avaliativo utilizado antes e após o acesso à mídia foram as mesmas, possibilitando assim a verificação da porcentagem de afirmativas apontadas corretamente pelos estudantes de Fonoaudiologia antes e depois do acesso a mídia sobre o desenvolvimento da fala de crianças com FLP.

A análise estatística das respostas ao roteiro avaliativo pelos estudantes foi realizada através do teste de McNemar, utilizando o software R 2.12.2 para testar a hipótese formulada para cada questão estudada, onde o pesquisador com auxílio do estatístico comparou o nível de informação antes e após o material, identificando se a diferença entre as respostas corretas antes e após acesso ao material foi estatisticamente significativa. Também foi feita a análise quantitativa com o objetivo de mensurar as mudanças em relação ao nível de informação prévio sobre o assunto, assim como nortear modificações necessárias no recurso virtual ou no roteiro avaliativo.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO DA MÍDIA ELETRÔNICA

O material elaborado para a mídia eletrônica foi intitulado “Desenvolvimento da fala em crianças com Fissura Labiopalatina no primeiro ano de vida” (Apêndice F). O conteúdo do material foi elaborado a partir da revisão bibliográfica realizada e abrange o desenvolvimento de fala da criança com e sem fissura labiopalatina, enfatizando as diferenças no desenvolvimento da criança com FLP. O material também aborda os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de fala, e incluiu orientações sobre estratégias que podem ser utilizadas para estimular o processo de desenvolvimento de fala da criança com FLP, e ao mesmo tempo minimizar as alterações na fala decorrentes da FLP.

O conteúdo do material desenvolvido foi definido com o objetivo principal de orientar alunos quanto ao desenvolvimento da fala dos bebês com FLP, espera-se que as orientações apresentadas possam ser utilizadas tanto na formação do estudante de Fonoaudiologia, como também facilitar o acesso a informações de qualidade aos pais e cuidadores de crianças com FLP. Portanto, o conteúdo foi elaborado pensando não apenas em informações confiáveis e úteis relativas ao desenvolvimento da fala do bebê com FLP, como também em estratégias que possam favorecer esse desenvolvimento.

A elaboração do texto do conteúdo da mídia desenvolvida foi feita com base em materiais científicos, entretanto, como o objetivo deste material é que o conteúdo seja utilizado para formação de alunos desde o primeiro ano de cursos de Fonoaudiologia, e também para ser utilizado como base para serviços de informação a pais e cuidadores, a linguagem utilizada envolveu um olhar cuidadoso, levando-se em consideração a disponibilização de informação de qualidade, mas preservando um vocabulário simplificado, com breve explicação de termos clínicos, associando-os sempre que possível à imagens e analogias.

O material foi dividido em 12 módulos para facilitar o acesso e organização das informações, sendo que todos os módulos são independentes entre si, portanto os usuários podem percorrê-lo conforme seu interesse e necessidade. Os módulos foram divididos nos seguintes tópicos:

1. Mensagem de Boas Vindas: resumo sobre a importância e objetivo do material apresentado;
2. Comunicação, Audição, Fala e Linguagem: breve explicação sobre o desenvolvimento da fala e os aspectos que o influenciam;
3. Desenvolvimento da fala do bebê nos primeiros 6 meses de vida: habilidades de fala nos primeiros 6 meses de vida dos bebês sem FLP;
4. A chegada do bebê com Fissura: aborda o nascimento e as diferenças do bebê com FLP, enfatizando a importância do cuidado e acolhimento adequado ao bebê;
5. Desenvolvimento do bebê com FLP nos primeiros 6 meses: engloba o desenvolvimento do bebê com FLP, ressaltando as diferenças, as cirurgias e os processos que o bebê irá enfrentar nos primeiros meses de vida;
6. Como ajudar o desenvolvimento de fala nos primeiros 6 meses: orientações e estratégias que otimizam o desenvolvimento de fala normal do bebê;
7. O desenvolvimento da fala do bebê com FLP nos primeiros 6 meses de vida: engloba particularidades do bebê com FLP que podem influenciar no desenvolvimento da fala;
8. Desenvolvimento da fala dos 6 aos 12 meses de vida: aborda as habilidades de fala dos bebês sem FLP dos 6 aos 12 meses de idade;
9. Desenvolvimento do bebê com FLP entre 6 e 12 meses: enfatiza as diferenças do desenvolvimento da fala dos bebês com FLP, bem como engloba os processos cirúrgicos enfrentados pelo bebê durante seu desenvolvimento;
10. Como estimular o desenvolvimento da fala do bebê de 6 aos 12 meses: orientações e estratégias que favorecem o desenvolvimento de fala em bebês com e sem FLP;
11. O que fazer para estimular a comunicação oral antes da correção primária do palato (palatoplastia): explicação e orientação sobre as diferenças no desenvolvimento de fala do bebê com FLP antes da palatoplastia, e ideias de estratégias para estimular o desenvolvimento de fala adequado;

12. Materiais Complementares: materiais, vídeos e links úteis selecionados que abordam conteúdo confiável e útil ao desenvolvimento do bebê com FLP;

A elaboração do material da mídia eletrônica envolveu também um processo de definição das representações ilustrativas que seriam utilizadas, visto que imagens e figuras constituem uma importante ferramenta de ensino. As representações didáticas em formato de imagens e fotos foram selecionadas a partir de materiais de domínio público (disponível em internet); já para as representações de figuras, optou-se pelo uso de parte da coletânea elaborada em um projeto realizado no HRAC que tinha como objetivo ilustrar manuais para orientação de pais de crianças com FLP (Dutka, 2006-2008), essas figuras foram utilizadas após consentimento dos autores deste estudo.

A análise e seleção de web sites úteis relacionados ao tema, e seleção de materiais informativos já desenvolvidos que se relacionassem ao conteúdo do desenvolvimento da fala no bebê com FLP também foi parte da elaboração desta mídia eletrônica, sendo que foram selecionados os seguintes materiais (Anexo B):

Informativos:

Informativo 1 - Fissura Labiopalatina: de que estamos falando?

Informativo 2 – A fala da criança com Fissura Labiopalatina

Informativo 3 – “Soquinhos” ou “Raspadinhos”: do que estamos falando?

Informativo 4 – “Prevenção de alterações de fala”

Vídeos:

“De olho na Fala” – Vídeo explicando sobre a fala na criança com Fissura Labiopalatina

“Primeiros Cuidados” – vídeo com orientações sobre os primeiros cuidados com a criança com Fissura Labiopalatina

“Amamentação do bebê com Fissura Labiopalatina” – vídeo com orientações a pais e cuidadores sobre as possibilidades de alimentação do bebê com Fissura Labioapalatina

Links externos:

<https://fissuraeaudicao.wordpress.com/fissura-labiopalatina-e-deficiencia-auditiva/>

<http://www.fissuralabioepalato.funcraf.org.br/>

www.centrinho.usp.br

http://www.centrinho.usp.br/hospital/profissionais/file/fono_06g.html

http://www.centrinho.usp.br/emfoco/file/foco_53/assim_somos_53.html

<http://asfissuradas.com/about/>

<http://aluzdoteusorriso.blogspot.com.br/>

Relação de Centros Especializados no tratamento da FLP:

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=0401&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=26&VTitulo=H

Todos os materiais e vídeos complementares selecionados foram desenvolvidos em parcerias com o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo e foram disponibilizados com o consentimento dos respectivos autores envolvidos.

Tanto para a avaliação do material pelos professores quanto os alunos, o material foi disponibilizado em módulos, entretanto para os professores o material foi enviado em formato de narrativa, em documento PDF (Apêndice F), pois o objetivo era a avaliação do conteúdo do material. Para os alunos, buscou-se uma forma mais didática e viável (disponível na instituição) para apresentação do material, buscando-se facilitar o processo de aprendizagem do conteúdo apresentado. Desta forma, o material da mídia eletrônica foi estruturado e apresentado através da plataforma Moodle; os módulos foram apresentados utilizando-se diferentes escalas de cores para facilitar a interpretação dos alunos, sendo que a cor azul no texto representava que o módulo envolvia características dos bebês sem FLP, e a cor vermelha representava o conteúdo referente aos bebês com FLP. As imagens abaixo demonstram telas de como o material foi disponibilizado aos alunos (imagem 1 e 2), e tela do ambiente virtual onde o material elaborado neste estudo será disponibilizado futuramente (imagem 3).

Curso: Fundamentos em F x

ead.fob.usp.br/course/view.php?id=118

FCB USP
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
FONOAUDIOLOGIA

EAD - FOB - USP ► FF

Ativar edição

Participantes
Participantes

Atividades
Fóruns
Livros
Questionários
Recursos

Pesquisar nos Fóruns
Vai
Pesquisa Avançada

Administração
Ativar edição
Configurações

Programação

Desenvolvimento de Fala nos Bebês com Fissura Labiopalatina
Fórum de notícias

1 **Mensagem de Boas Vindas!**
Você gostaria de aprender sobre o desenvolvimento de fala no bebê que nasce com fissura labiopalatina?

2 **Comunicação, audição, fala e linguagem!**
Aula 1
O que sabemos sobre fala, audição e linguagem?
Questionário 1

Últimas Notícias
Acrescentar um novo tópico...
(Nenhuma notícia publicada)

Próximos Eventos
Não há nenhum evento próximo
Calendário...
Novo evento...

Atividade recente
Atividade desde terça, 10 novembro 2015, 13:28
Relatório completo da atividade recente

Imagem 1: Tela da Plataforma Moodle onde o conteúdo do material foi disponibilizado aos graduandos do primeiro ano de Fonoaudiologia.

Curso: Fundamentos em F x

ead.fob.usp.br/course/view.php?id=118

Todos os cursos ...

5 **Desenvolvimento do bebê com Fissura Labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida**
Aula 4
Diferenças no desenvolvimento do bebê com fissura labiopalatina!
Questionário 4
Vamos relembrar 4?

6 **Como ajudar no desenvolvimento da fala nos primeiros 6 meses de vida?**
Aula 5
O que os pais e familiares fazem para estimular o bebê a falar?
Questionário 5
Vamos relembrar 5?

7 **Desenvolvimento da fala do bebê com fissura labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida**
Aula 6

Imagem 2: Módulos do material disponibilizado na plataforma Moodle, demonstrando a diferença entre as cores dos títulos, diferenciando o conteúdo referente aos bebês com e sem FLP.

Imagem 3: Tela do Ambiente Virtual em desenvolvimento “Tô crescendo com Fissura”, aonde a mídia eletrônica sobre o “Desenvolvimento de Fala nos bebês com FLP antes da palatoplastia primária” será disponibilizado.

5.2 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DA MÍDIA ELETRÔNICA: PROFESSORES DE CURSOS DE FONOAUDIOLOGIA

O conteúdo da mídia eletrônica foi avaliado por professores da área de linguagem de cursos de Fonoaudiologia antes de o material ser aplicado com os estudantes.

5.2.1 Caracterização dos professores avaliadores

Durante os cinco meses dedicados à avaliação do material foram convidadas seis professoras da área de Linguagem que lecionam em diferentes universidades; das cinco convidadas todas aceitaram participar, entretanto, apenas três professoras responderam aos questionários e enviaram suas avaliações. Participaram da pesquisa três professoras que lecionam disciplinas relacionadas ao desenvolvimento da fala desde o nascimento, em três diferentes Universidades, sendo elas: Universidade de São Paulo (Bauru, SP), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Marília, SP), e Universidade Norte do Paraná (Londrina, PR).

5.2.2 Resultados do Instrumento de Avaliação Emory adaptado

Para facilitar a análise e a descrição da avaliação do questionário adaptado EMORY serão empregadas as seguintes abreviações às questões:

- Q1: A finalidade do material está claramente indicada ou pode ser claramente deduzida.
- Q2: Não existe nenhuma parcialidade evidente (as informações não são tendenciosas)
- Q3: O material cobre todos os aspectos do assunto adequadamente.
- Q4: O material sugere links externos a fim de cobrir inteiramente o assunto (se você considera que os links externos não são necessários para cobrir o assunto, escolha “não se aplica”).
- Q5: A informação oferecida é correta, acurada (se não tiver certeza, escolha não se aplica).
- Q6: O público alvo do material está evidente (público acadêmico, jovem, população em geral, etc).
- Q7: O nível de detalhamento das informações fornecidas é apropriado para o público alvo.
- Q8: O nível de leitura é apropriado para o público alvo. A leitura é clara o suficiente para que as informações fornecidas sejam compreendidas por alunos em cursos de fonoaudiologia os quais não abordam o conteúdo sobre desenvolvimento de fala e linguagem na fissura labiopalatina.
- Q9: Os termos técnicos utilizados no material são apropriados para alunos do primeiro ano do curso de fonoaudiologia.
- Q10: Os links externos oferecidos são relevantes e apropriados para este material (caso não acesse o link escolha não se aplica).
- Q11: Os links externos oferecidos apresentam informações confiáveis e de fontes confiáveis.
- Q12: Os links externos fornecidos levam às organizações/instituições importantes para conhecimento do público alvo.
- Q13: As imagens do material agregam valor ao mesmo.

A versão adaptada do questionário Emory utilizada neste estudo é dividida em cinco escalas, sendo que as questões Q1, Q2, Q3 e Q4 avaliam o conteúdo, a questão Q5 avalia a precisão, as questões Q6, Q7, Q8 e Q9 avaliam o público, as questões Q10, Q11 e Q12 avaliam os links externos, a questão Q13 avalia a estrutura. Na Tabela 1 são apresentadas as pontuações totais das 13 questões do questionário adaptado Emory, para as alternativas “concordo”, “discordo” e “não se aplica”, em valores numéricos e as porcentagens correspondentes. Observamos que a maioria das questões foi avaliada com a pontuação máxima pelos avaliadores, com exceção da Q10, onde um dos avaliadores pontuou “não concordo”.

Tabela 1: pontuações para os itens “concordo”, “discordo” e “não se aplica”, para o questionário adaptado Emory sobre a qualidade da mídia eletrônica

Questões	Concordo		Discordo		Não se aplica	
	n	%	n	%	N	%
Q1	3	100	0	0	0	0
Q2	3	100	0	0	0	0
Q3	3	100	0	0	0	0
Q4	3	100	0	0	0	0
Q5	3	100	0	0	0	0
Q6	3	100	0	0	0	0
Q7	3	100	0	0	0	0
Q8	3	100	0	0	0	0
Q9	3	100	0	0	0	0
Q10	2	66,6	1	33,3	0	0
Q11	3	100	0	0	0	0
Q12	3	100	0	0	0	0
Q13	3	100	0	0	0	0

De acordo com a análise de pontuação proposta pelo questionário Emory original (quadro 1) o material foi avaliado como de qualidade excelente, como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2: Pontuações para as questões do Emory sobre a qualidade da mídia eletrônica, de acordo com a pontuação proposta no quadro 1.

Questões	Emory	Questões	Emory	Questões	Emory	Questões	Emory
Q1	100,0%	Q5	100,0%	Q9	100,0%	Q13	100,0%
Q2	100,0%	Q6	100,0%	Q10	96,1%		
Q3	100,0%	Q7	100,0%	Q11	100,0%		
Q4	100,0%	Q8	100,0%	Q12	100,0%		

Legenda: Pontuação maior ou igual a 90% = qualidade excelente; pontuação entre 75 a 89% = qualidade adequada; pontuação menor que 75% = qualidade pobre.

No gráfico 1 estão apresentadas as porcentagens por escala. Vemos que todas as escalas apresentaram qualidade excelente (pontuação maior ou igual a 90%).

Gráfico 1: Pontuação do questionário Emory, distribuída por escalas de avaliação.

5.2.3 Resultados do Instrumento de Avaliação WebMAC adaptado

Para descrever os resultados da avaliação do conteúdo pelos professores através do questionário WebMAC adaptado também foram utilizadas abreviações para as questões objetivas, conforme demonstrado a seguir:

- P1: As informações são precisas e imparciais (ou a parcialidade é apropriadamente identificada).
- P2: O material informa links de outros sites relevantes ao assunto.

- P3: As informações descritas no material estão escritas de forma interessante.
- P4: As informações descritas no material parecem vigentes e atualizadas.
- P5: O objetivo do material é claro.
- P6: A variedade de formatos das informações (textos e imagens) apresentadas prende minha atenção.
- P7: Todas as informações no material são apresentadas usando linguagem clara e consistente, sem erros gramaticais.
- P8: Não existe informação redundante ou informação sem importância no material.

O questionário WebMAC adaptado é dividido em três escalas, sendo que as questões P1, P2, P4 e P8 avaliam se o material é “estimulante”, as questões P3 e P6 avaliam se o material é “significante”, as questões P5 e P7 avaliam se o material é “organizado”. O questionário contém ainda duas questões dissertativas e duas questões de múltipla escolha. Na Tabela 3 estão apresentadas as pontuações gerais das oito questões objetivas sobre o conteúdo da mídia eletrônica classificadas pelos avaliadores.

Tabela 3: Pontuações para os itens “concordo plenamente” (3), “concordo parcialmente” (2), “discordo parcialmente” (1), “discordo totalmente” (0).

Questões	Concordo Plenamente		Concordo Parcialmente		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente	
	N	%	n	%	N	%	N	%
P1	3	100,0	0	0	0	0	0	0
P2	2	66,6	1	33,3	0	0	0	0
P3	2	66,6	1	33,3	0	0	0	0
P4	3	100,0	0	0	0	0	0	0
P5	3	100,0	0	0	0	0	0	0
P6	1	33,3	2	66,6	0	0	0	0
P7	1	33,3	2	66,6	0	0	0	0
P8	2	66,6	1	33,3	0	0	0	0

De acordo com a classificação de pontuação do questionário WebMAC vemos que os avaliadores concordaram totalmente ou parcialmente com todas as questões apresentadas, apontando uma avaliação positiva quanto ao conteúdo da mídia eletrônica. Para as questões de múltipla escolha, os professores avaliadores

poderiam assinalar como resposta “sim” ou “não”, e para as questões dissertativas havia espaço em branco, o qual poderia ser preenchido com os comentários dos avaliadores; para essas questões foi realizada uma análise descritiva conforme demonstrado nos quadros a seguir:

Quadro 3: Análise das questões de múltipla escolha da avaliação dos professores quanto ao conteúdo da mídia eletrônica através do questionário adaptado WebMAC.

	Eu consideraria visitar uma Plataforma Virtual com este conteúdo?	Eu recomendaria uma Plataforma virtual que apresentasse este conteúdo para outros?
Avaliador 1	Sim	Sim
Avaliador 2	Sim	Sim
Avaliador 3	Sim	Sim

Quadro 4: Análise descritiva das questões dissertativas quanto à avaliação dos professores em relação ao conteúdo da mídia eletrônica através do questionário adaptado WebMAC.

Qual é a maior vantagem deste material?

Avaliador 1	“Informação de fácil acesso para pais.”
Avaliador 2	“(1) Apresentar desenvolvimento de fala típico para ser comparado com o desenvolvimento de fala esperado para crianças com fissura labiopalatina, o que pode favorecer ao público alvo o entendimento sobre as particularidades do desenvolvimento da fala (0-12 meses) de crianças com fissura labiopalatina e (2) Apresentar informações sobre “o que fazer” ou quem procurar quando alterações auditivas e de fala são encontradas em crianças com fissura labiopalatina.”
Avaliador 3	“É de fácil compreensão para alunos do 1 ano de Fonoaudiologia, também à famílias mais esclarecidas que estejam iniciando o tratamento multidisciplinar ou fonoaudiológico.”

Quando questionados sobre “o que precisa ser melhorado no material?” os avaliadores responderam com sugestões, que foram compiladas e foram apresentadas a seguir:

Questão: “O que precisa ser melhorado neste material?”

- *Avaliador 1:* “Acredito que tem textos em excesso (precisa intercalar com imagens e animações para reduzir texto). Pode melhorar a linguagem para deixar mais acessível aos pais. Há locais em que ainda há termos técnicos.”
- *Avaliador 2:* “(1) Sugiro que as informações sobre comunicação: audição, fala e linguagem sejam mais claras. Ao se propor diferenciar atraso no desenvolvimento de fala e atraso na aquisição e desenvolvimento de linguagem aparecem várias terminologias que podem confundir o público alvo sobre o que se espera na presença de fissura labiopalatina isolada ou associada síndromes. (2) Sugiro que os títulos sejam mais esclarecedores para que o público possa contrapor as informações, retornado ao típico e comparando com o que se espera para a FLP, com mais facilidade, a fim de ressaltar a informação que se pretende oferecer a partir do título. (3) De forma geral, sugiro que o texto apresente informações sobre o que é típico e particularidade da fissura de forma mais marcada, a fim de favorecer o público alvo sobre o que se pretende informar. (4) De forma geral. Sugiro que o texto seja organizado de forma que títulos e sub-títulos fiquem mais fáceis de serem encontrados (Numeração, espaços ou outros marcadores). (5) sugiro que as figuras da página 15 sejam mais esclarecedores sobre a posição correta ou não para a amamentação das crianças com fissura labiopalatina.
- *Avaliador 3:* “É de fácil compreensão para alunos do 1 ano de Fonoaudiologia, também à famílias mais esclarecidas que estejam iniciando o tratamento multidisciplinar ou fonoaudiológico.”

As sugestões propostas pelos avaliadores foram analisadas e discutidas entre o pesquisador e orientador deste estudo, após análise e discussão, as

sugestões consideradas pertinentes foram realizadas no material, e foi feita uma revisão do conteúdo do material para então ser apresentado aos alunos. As modificações realizadas encontram-se descritas na tabela abaixo:

Tabela 4: modificações no material após sugestões dos professores avaliadores.

Como era antes	Sugestão do avaliador	Como ficou depois
- Texto apresentava erros de digitação e informações repetidas	- Revisão da escrita e das informações apresentadas, informações repetitivas.	- Revisão e correção de erros de digitação e gramáticas. - Realizada a revisão das informações, com diminuição das informações.
Como era antes	Sugestão do avaliador	Como ficou depois
- Texto em forma de dissertação com títulos, sem numeração.	- Texto organizado de forma que títulos e sub-títulos fiquem mais fáceis de serem encontrados (Numeração, espaços ou outros marcadores).	- Foi acrescentado números, cores e títulos para diferenciar os tópicos referentes à crianças com e sem FLP.
- Títulos pouco específicos e esclarecedores.	- Títulos mais esclarecedores para que o público possa contrapor as informações, retornado ao típico e comparando com o que se espera para a FLP, com mais facilidade.	- Revisão e reformulação dos títulos e subtítulos.
- Capítulo sobre a Comunicação: audição, fala e linguagem apresentava muitos termos técnicos, embora de maneira simplificada.	- Sugiro que as informações sobre “Comunicação: audição, fala e linguagem” seja mais clara, presente várias terminologias que podem confundir o público alvo.	- Revisão e reformulação do capítulo sobre a Comunicação: audição, fala e linguagem. Foi empregado linguagem mais simples e termos menos técnicos.
- Poucas imagens e figuras no texto.	- Textos em excesso (precisa intercalar com imagens e animações para reduzir texto).	- Realizada uma busca mais extensa para seleção de imagens e figuras pertinentes ao tema, após selecionadas, foram inseridas no material.

5.3 AVALIAÇÃO DO MATERIAL POR GRADUANDOS EM FONOAUDIOLOGIA

5.3.1 Roteiro Avaliativo

Após a elaboração do conteúdo da mídia eletrônica e a avaliação pelos Professores de cursos de Fonoaudiologia, foi elaborado o roteiro avaliativo para avaliar o impacto do material no entendimento de graduandos do primeiro ano de Fonoaudiologia quanto ao desenvolvimento de fala no bebê com FLP antes da palatoplastia primária. O desenvolvimento do roteiro foi parte do resultado e não da metodologia deste trabalho, uma vez que somente foi possível desenvolver as questões após contemplar-se os objetivos 1 e 2 deste estudo.

O roteiro apresenta questões objetivas em formato de afirmativas, que avaliam o nível de informação e conhecimento a respeito do desenvolvimento da fala do bebê com FLP e sem FLP. A avaliação antes do acesso ao material estabelece a linha de base para comparação com a avaliação após o acesso. A hipótese postulada é que o material teria um impacto no entendimento dos alunos sobre desenvolvimento da fala do bebê com FLP antes da palatoplastia primária, e este impacto foi mensurado comparando-se a porcentagem de respostas corretas antes e após o acesso ao material.

Foram elaboradas afirmativas para nove dos doze módulos desenvolvidos, abaixo podemos ver as afirmativas de cada módulo, e as respostas corretas para cada afirmativa:

Vamos lembrar 1 - Comunicação, audição, fala e linguagem

1. A comunicação oral requer tanto a habilidade de expressão quanto a habilidade de compreensão. (V)

Vamos lembrar 2 - Desenvolvimento da fala do bebê nos primeiros 6 meses de vida.

2. É importante estabelecer contato com o bebê desde cedo, esse contato no início será através do toque e do olhar. Na idade de 0-6 meses é importante manter contato visual sempre próximo ao bebê, pois nessa idade o sistema visual do bebê ainda é limitado. (V)

3. Ao estabelecer contato com o bebê, os cuidadores esperam uma resposta, e o bebê pode responder aos estímulos recebidos por meio de sorrisos, caretas, choros e reações comportamentais como: esticar o corpo ou mexer algum membro do corpo, por exemplo, os braços e as pernas. (V)

4. O desenvolvimento de fala do bebê com fissura labiopalatina é igual ao dos bebês sem fissura labiopalatina. (F)

Vamos lembrar 3 - Desenvolvimento dos bebês com Fissura Labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida

5. De uma forma geral, no Brasil, os bebês com Fissura Labiopalatina recebem a correção do lábio (queiloplastia) entre 3 e 6 meses de idade e a correção da fissura no palato (palatoplastia) ao redor dos 12 meses. (V)

6. A melhor forma de prevenir alterações de fala nos bebês com FLP é estabelecer o quanto antes as condições anatômicas que permitam o desenvolvimento da fala e da audição como ocorre com outros bebês. Somente após o reparo da fissura é que os bebês passam a ter condições anatômicas para produzir todos os sons da fala sem dificuldades. (V)

7. Os bebês com fissura no palato possuem duas condições exclusivas ao bebê com fissura que aumentam o risco de acúmulo de secreção na orelha: tuba auditiva mais horizontalizada e dificuldade para abrir e fechar a tuba auditiva (disfunção tubária). (F)

8. A disfunção tubária (sempre presente no bebê com fissura no palato) pode prejudicar o desenvolvimento da audição da criança e consequentemente provocar um atraso ou uma alteração da fala. (V)

9. A disfunção tubária não tem relação nenhuma com o funcionamento da musculatura do palato. Como o nome diz, se a disfunção é da tuba auditiva o acontece somente dentro da orelha. (F)

Vamos lembrar 4 - Como ajudar no desenvolvimento da fala nos primeiros 6 meses de vida?

10. O bebê nos primeiros 6 meses de vida não presta muita atenção aos sons, portanto, falar com o bebê ou estimular o bebê a ouvir sons não ajudará o bebê a desenvolver a fala. (F)

11. Os primeiros sinais de “fala” nos bebês envolvem gritos e produções de vogais (“aaa”). Conforme o bebê se desenvolve ele passa a se comunicar usando diferentes expressões faciais, como sorrisos e caretas, e também passa a fazer sons aleatórios usando entonação diferenciada e usando as vogais, são os famosos “gritinhos”. (V)

Vamos lembrar 5 - Desenvolvimento da fala do bebê com fissura labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida

12. Bebês com fissura podem demorar um pouco mais para começar a fase do balbucio, uma vez que entre 3 e 6 meses de idade passam pela primeira cirurgia para a correção do lábio (queiloplastia). (V)

13. O bebê com fissura labiopalatina deve ser “resguardado” para não ficar doente antes da cirurgia, portanto, a estimulação social do bebê, para desenvolver as habilidades de compreensão e expressão da língua não devem ser trabalhadas, pois o foco deve ser a saúde do bebê. (F)

Vamos lembrar 6 - Desenvolvimento da fala do bebê dos 6 aos 12 meses de vida.

14. Entre os 6 e 12 meses de idade, o bebê começa a “balbuciar”, o balbucio no princípio é uma “brincadeira” na qual o bebê começa a fazer uso dos lábios e língua para produzir sons, e isto constitui uma importante etapa do desenvolvimento de fala. (V)

Vamos lembrar 7 - Como estimular o desenvolvimento de fala do bebê de 6 a 12 meses?

15. Dos 6 aos 12 meses, o bebê já pode reconhecer pessoas, objetos, animais e alimentos. Uma forma de estimular o desenvolvimento da fala do bebê nessa idade é fazer perguntas como: “cadê o au-au?” e observar se o bebê olha ou aponta para o cachorro. A ideia ao fazer essa atividade é verificar se o bebê entende e atende a comandos simples de fala. (V)

16. Na fase de 6 a 12 meses, o bebê amplia a comunicação usando a fala. Porém, como ele ainda é muito pequeno não é importante reconhecer as tentativas do bebê se comunicar produzindo sons. (F)

Vamos lembrar 8 - Desenvolvimento do bebê com Fissura Labiopalatina entre 6 e 12 meses

17. Todos os bebês com fissura irão iniciar o balbucio na mesma época que os bebês sem fissura. (F)

18. Enquanto a correção do palato (céu da boca) ainda não foi feita, um atraso no desenvolvimento da fala (mais especificamente do balbucio) acompanhado de um desenvolvimento normal da compressão é comum nos bebês com fissura labiopalatina. (V)

19. Um atraso da produção de fala no bebê com fissura labiopalatina é melhor do que estimular a produção de fala atípica. Esta sugestão é baseada no pressuposto de que, um atraso da linguagem expressiva é mais fácil de corrigir do que um distúrbio de fala que envolve uso produções atípicas (que sempre requer fonoterapia). (V)

Vamos lembrar 9 - O que fazer para estimular a comunicação oral antes da correção primária do palato (palatoplastia)?

20. Aprender a fazer os sons antes da palatoplastia é bem complicado para alguns bebês, sendo que os sons nasais são os mais difíceis para os bebês com fissura. (F)

21. O bebê com FLP pode ter dificuldade para fazer plosão ou fricção, pois muito ar escapa pela fissura aberta, e assim alguns bebês pode desenvolver uma forma compensatória, porém atípica de produzir o som, conhecida como Articulação Compensatória. (**V**)

22. A melhor forma de tratar as Articulações Compensatórias é imitar as produções atípicas do bebê, e em seguida dar o modelo certo. (**F**)

23. Para estimular a fala do bebê com FLP na fase em que o palato ainda está aberto é necessário introduzir palavras com sons plosivos e fricativos tentando estimular desde cedo a produção dos sons difíceis. (**F**)

24. Uma forma de estimular a comunicação oral do bebê com fissura labiopalatina antes da palatoplastia é através da brincadeira da oclusão de narina. (**V**)

5.3.2 Caracterização dos alunos

Participaram deste estudo 25 alunos graduandos do primeiro ano do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP). Todos os estudantes que aceitaram participar deste estudo preencheram a ficha de identificação, indicando que:

- 23 (92,0%) eram do sexo feminino e 2 (8,0%) eram do sexo masculino;
- a idade dos participantes variou entre 17 e 21 anos, com média de 18,8 anos;
- todos os alunos (100%) estavam cursando o primeiro ano do curso de Fonoaudiologia pela primeira vez;
- dos 25 estudantes, 18 (72,0%) apontaram que já tiveram contato com alguém que possui FLP, e 7 (28,0%) disseram que nunca tiveram contato com alguém que possui FLP;
- quando questionados se já haviam buscado informações sobre FLP, 15 (60,0%) estudantes afirmaram que “sim”, e 10 (40,0%) afirmaram que “não”.

5.3.3 Resultados da avaliação dos estudantes antes de depois do acesso a mídia eletrônica

O Roteiro Avaliativo sobre o Desenvolvimento da Fala nos bebês com FLP foi utilizado neste estudo para mensurar o conhecimento prévio dos estudantes, bem como o conhecimento adquirido através do acesso ao conteúdo da mídia eletrônica. Na tabela 4 podemos ver a comparação das respostas corretas (C) e das erradas (E), agrupadas em quatro possíveis resultados sempre contrastando o primeiro com o segundo momento: E/C (erro antes e resposta correta depois do acesso ao material), E/E (erro antes e erro depois do material), C/E (resposta correta antes e erro depois do material), e C/C (resposta correta antes e depois do material). A tabela também apresenta o valor de p do teste McNemar, feito para comparar as diferenças entre as condições antes e depois, com base na hipótese de que na presença de erro antes do acesso ao material resultaria em acerto depois.

Tabela 5: Sumário de respostas erradas e corretas nas condições antes e depois do acesso à mídia, e valor de p do teste McNemar usado para comparar as diferenças significativas das porcentagens de acerto entre as duas condições.

Sumário de Respostas: N (%)					
Questão	ERRADAS ANTES		CORRETAS ANTES		Teste McNemar
	CORRETA DEPOIS	MANTEVE ERRO	CORRETA DEPOIS	ERROU DEPOIS	
1	1 (4%)	0	24 (96%)	0	1,000
2	6 (24%)	0	19 (76%)	0	0,041*
3	1 (4%)	0	24 (96%)	0	1,000
4	3 (12%)	0	19 (76%)	3 (12%)	1,000
10	1 (4%)	0	24 (96%)	0	1,000
11	3 (12%)	0	22 (88%)	0	0,248
14	3 (12%)	0	22 (88%)	0	0,248
15	24 (96%)	1 (4%)	0	0	<0,001*
16	25 (100%)	0	0	0	<0,001*
5	12 (48%)	0	13 (52%)	0	0,001*
6	2 (8%)	0	22 (88%)	1 (4%)	1,000
7	1 (4%)	23 (92%)	1 (4%)	0	1,000
8	9 (36%)	0	16 (64%)	0	0,008 *
9	9 (36%)	1 (4%)	15 (60%)	0	0,008 *
12	16 (64%)	0	9 (36%)	0	<0,001*
13	10 (40%)	7 (28%)	8 (32%)	0	0,004*
17	16 (64%)	5 (20%)	4 (16%)	0	<0,001*
18	9 (36%)	0	16 (64%)	0	0,008 *
19	18 (72%)	1 (4%)	6 (24%)	0	<0,001*
20	11 (44%)	3 (12%)	9 (36%)	2 (8%)	0,027*

(continua)

(continuação)

Sumário de Respostas: N (%)					
Questão	ERRADAS ANTES		CORRETAS ANTES		Teste McNemar
	CORRETA DEPOIS	MANTEVE ERRO	CORRETA DEPOIS	ERROU DEPOIS	
21	4 (16%)	0	21 (84%)	0	0,134
22	14 (56%)	2 (8%)	8 (32%)	1 (4%)	0,002*
23	9 (36%)	1 (4%)	13 (52%)	2 (8%)	0,070
24	11 (44%)	0	14 (56%)	0	0,003*

Legenda: questões marcadas com (*) representam aquelas questões que apresentaram diferença estatisticamente significativa, com $p < 0,05$.

Na tabela 4, as afirmativas relacionadas ao desenvolvimento de fala do bebê sem FLP foram agrupadas e coloridas em azul (questões 1, 2, 3, 4, 10, 11, 14, 15, 16), podemos ver que das nove afirmativas relacionadas a este tema, sete delas apresentam uma alta porcentagem de acerto tanto antes quanto após acesso a mídia. Nota-se que apenas as afirmativas 2, 15 e 16 apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$) na comparação entre as respostas antes e após o acesso ao material. Sendo que a afirmativa 2 investigou a importância de manter o contato visual com o bebê nos primeiros 6 meses, enquanto 19 (76%) alunos já apontaram a resposta correta antes e mantiveram a resposta correta depois, os 6 (24%) alunos que apresentaram erro antes acertaram depois, ou seja, depois do acesso ao material todos os 25 (100%) alunos acertaram a afirmativa 2, sendo que um incremento de 24% ($N=6$) nas respostas corretas já resultou em uma diferença significativa após acesso ao conteúdo da mídia eletrônica ($p=0,041$). Já a afirmativa 15 investigou o conhecimento de estratégias para estimular o desenvolvimento da fala do bebê dos 6 aos 12 meses de idade, sendo que antes do acesso ao conteúdo nenhum dos alunos assinalou a resposta certa, entretanto, após o acesso ao conteúdo, 24 (96%) alunos souberam indicar a resposta certa para a afirmativa ($p < 0,001$). A questão 16 abordou a fase dos 6 aos 12 meses na qual o bebê amplia suas estratégias de comunicação, salientando a importância de reconhecer as tentativas que o bebê faz para se comunicar usando sons; todos os alunos ($N=25$) apontaram a afirmativa errada antes, porém, após acesso ao conteúdo, todos os 25 alunos (100%) assinalaram a afirmativa correta ($p < 0,001$).

Já as afirmativas sobre o desenvolvimento de fala do bebê com FLP antes e após o acesso ao conteúdo da mídia eletrônica foram agrupadas e marcadas em vermelho na tabela 4. Podemos observar que a maioria das

afirmativas apresentaram diferenças significativas ($p < 0,05$), entre as condições antes e após o acesso à mídia. De quinze afirmativas apenas quatro não demonstraram diferença significativa, sendo as afirmativas 6, 7, 21, 23. Na afirmativa 6 foi investigado a importância da correção da FLP para estabelecer as condições anatômicas que permitem o desenvolvimento da fala e da audição de maneira adequada, nessa afirmativa 22 (88%) dos alunos acertaram a resposta antes e após o material, 2 (8%) alunos erraram antes mas acertaram depois, e 1 (4%) aluno primeiramente acertou, mas errou após do acesso ao material. A afirmativa 7 investigou o conhecimento dos alunos referentes as alterações auditivas dos bebês com fissura palatina, apenas 1 (4%) aluno acertou essa afirmativa antes e após o acesso a mídia, 1 (4%) aluno errou e depois do acesso ao material acertou, e 23 (92%) alunos erraram a afirmativa tanto antes quanto após o acesso ao conteúdo da mídia eletrônica. Na afirmativa 21 foi investigado a dificuldade dos bebês com FLP em produzir alguns fonemas, e o desenvolvimento das articulações compensatórias, sendo que antes do acesso ao material 21 (84%) alunos já haviam assinalado a resposta correta e mantiveram suas respostas após o acesso ao material, e os 4 (16%) alunos que erraram inicialmente, assinalaram a alternativa correta após o acesso ao conteúdo. Já a afirmativa 22 investigou a melhor forma de tratar as articulações compensatórias; 8 (32%) alunos acertaram antes e após acesso ao material, 1 aluno primeiramente acertou mas errou depois, 14 (56%) alunos erraram mas acertaram depois, e 1 aluno manteve o erro antes e após acesso à mídia.

Já as afirmativas relacionadas ao bebê com FLP que demonstraram diferença significativa após o acesso ao material, incluíram as afirmativas 5, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 22, 24. Na afirmativa 5 foi investigado o conhecimento da idade em que as cirurgias para correção do lábio e correção do palato (palatoplastia) ocorrem, nesta questão, 13 (52%) alunos responderam corretamente antes e depois, e 12 (48%) erraram mas depois do material acertaram. A afirmativa 8 foi relacionada ao impacto da disfunção tubária no desenvolvimento da audição e fala da criança com FLP, 16 (64%) alunos responderam a afirmativa corretamente antes e depois, e 9 (36%) alunos erraram antes mas acertaram após o acesso ao material. Na afirmativa 9 foi investigado o conhecimento da disfunção tubária e da função da tuba auditiva, 15 (60%) alunos apontaram a resposta correta antes e depois, 9 (36%) erraram antes mas acertaram depois, e apenas 1 (4%) aluno manteve o erro antes e após o acesso ao material. A afirmativa 12 investigou o conhecimento sobre o

desenvolvimento do balbucio em bebês com FLP, 9 (36%) alunos responderam corretamente antes e depois, e 16 (64%) alunos erraram antes, mas acertaram após o acesso ao material. Na afirmativa 13 foi questionado o conhecimento dos alunos quanto a importância da estimulação social do bebê com FLP, apenas 4 (16%) alunos acertaram antes e depois, 16 (64%) alunos erraram antes mas acertaram depois do acesso ao material, e 5 (20%) alunos erraram antes e após o material. A afirmativa 18 questionou a possibilidade de um atraso no desenvolvimento de fala nos bebês com FLP, 16 (64%) alunos acertaram antes e depois, e 9 (36%) alunos erraram inicialmente mas acertaram depois do acesso ao material. A afirmativa 19 abordou o atraso da produção de fala no bebê com FLP como uma alternativa para prevenir alterações de fala, 6 (24%) alunos apontaram a resposta correta antes e depois, 18 (72%) estudantes erraram mas depois acertaram, e apenas 1 (4%) aluno manteve o erro antes e depois do material. Na afirmativa 20 foi abordado os sons mais fáceis e mais difíceis para o bebê com FLP produzir antes da correção da fissura, 9 (36%) alunos assinalaram a resposta correta antes e depois, 11 (44%) erraram mas depois do material acertaram, 3 (12%) erraram antes e depois, e 2 (8%) acertaram primeiramente, mas erraram após o acesso ao material. A afirmativa 22 investigou a melhor forma de tratar as articulações compensatórias, 8 (32%) alunos acertaram antes e depois, 14 (56%) erraram antes mas acertaram depois do material, 1 (4%) acertou antes mas errou depois, e 2 (8%) errou antes e depois do material. E por fim, na afirmativa 24 foi abordado uma forma de estimular a comunicação oral nos bebês com FLP, 14 (56%) estudantes acertaram antes e depois, e 11 (44%) erraram antes mas acertaram depois do acesso ao conteúdo do material.

Os gráficos 2 e 3 ilustram os achados agrupando os resultados em EE (respostas erradas antes e depois), CE (resposta correta antes e errada depois), EC (resposta errada antes e correta depois) e CC (resposta correta antes e correta depois). O gráfico 2 salienta, na cor turquesa, o comportamento esperado dos alunos quanto ao conteúdo sobre desenvolvimento de fala no bebê sem fissura, isto é, resposta correta antes e depois nas afirmativas 1, 2, 3, 4, 10, 11 e 14. A melhora no entendimento para estas afirmativas variaram entre 4% e 24%, com média de 14%, enquanto a melhora para todas as 9 afirmativas abordando conhecimentos sobre a fala no bebê sem FLP variaram entre 4% e 100% com média de 52% de melhora para este grupo de afirmativas.

Gráfico 2: Ilustração das respostas (%) dos 25 alunos antes e depois do acesso ao material para as afirmativas relacionadas ao desenvolvimento de fala do bebê sem FLP (afirmativas 1, 2, 3, 4, 10, 11, 14, 15, 16).

Legenda: questões marcadas com asterisco (*) representam aquelas que apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$); EE: resposta errada antes e depois; CE: resposta correta antes e errada depois; EC: resposta errada antes e correta depois; CC: resposta correta antes e depois.

Já o gráfico 3 salienta, na cor rosa, as mudanças no entendimento quanto ao conteúdo particularmente das afirmativas 5, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 as quais demonstraram melhoras no entendimento após o acesso ao material, com resultados variando entre no mínimo 36% e no máximo 72%, com média de melhora após acesso ao material de 54%. Quando considerada todas as 15 afirmativas abordando conhecimentos sobre o bebê com FLP a melhora observada após acesso ao material varia entre 4% e 72% com média de 40%.

Gráfico 3: Ilustração das respostas (%) dos 25 alunos antes e depois do acesso ao material para as afirmativas relacionadas ao desenvolvimento de fala do bebê com FLP (afirmativas 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24).

(continua)

Gráfico 3: Ilustração das respostas (%) dos 25 alunos antes e depois do acesso ao material para as afirmativas relacionadas ao desenvolvimento de fala do bebê com FLP (afirmativas 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24).

(continuação)

Legenda: questões marcadas com asterisco (*) representam aquelas que apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$); EE: resposta errada antes e depois; CE: resposta correta antes e errada depois; EC: resposta errada antes e correta depois; CC: resposta correta antes e depois.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi elaborar e avaliar a efetividade do conteúdo de uma mídia eletrônica sobre o Desenvolvimento de Fala no bebê com FLP no primeiro ano de vida. Embora a ideia central esteja baseada na falta de material sobre o assunto e a necessidade de informações confiáveis para a orientação de estudantes de Fonoaudiologia, pois sabe-se que esta é uma temática pouco ou não abordada em cursos de graduação no país (Brasil, 2002), este trabalho também teve a intenção de elaborar um material que seja utilizado para acesso a informações confiáveis e de qualidade para profissionais da área de Fonoaudiologia, pais e cuidadores de crianças com FLP.

A elaboração de uma mídia eletrônica é uma tarefa complexa, pois deve apresentar um conteúdo cuidadosamente elaborado que proporcione o aprendizado do público alvo. A elaboração da mídia eletrônica deste estudo foi uma tarefa ainda mais desafiadora por abordar uma temática pouco discutida na literatura brasileira: o desenvolvimento específico da fala nas crianças com fissura no primeiro ano de vida e antes da palatoplastia primária. Quando falamos sobre o desenvolvimento da fala falamos da fala como ferramenta da linguagem, e não da linguagem em si; portanto quando nos referimos às alterações de fala na criança com FLP consideramos as alterações que prejudicam a produção dos sons, e em decorrência deste prejuízo comprometem a inteligibilidade, afetando também a função de socialização e consequentemente o uso funcional da linguagem. Para entender o desenvolvimento da fala das crianças com fissura, torna-se importante o conhecimento dos padrões normais de desenvolvimento do bebê sem FLP, para então serem ressaltadas as diferenças no desenvolvimento da criança com FLP. Portanto, o conteúdo da mídia envolveu também a descrição do desenvolvimento de fala em crianças sem FLP.

A seleção de materiais e a elaboração do conteúdo da mídia eletrônica foram as tarefas que demandaram maior tempo para finalização, por abordar um tema pouco discutido na literatura na língua portuguesa. Atualmente, os estudos no âmbito nacional em Fonoaudiologia com foco na área de fissura labiopalatina, especificamente envolvendo a fala, não abordam o desenvolvimento da fala em si, mas descrevem e caracterizam as alterações encontradas, e as formas de avaliação

(Campillay, 2002; Jesus; Reis, 2002; Palandi; Guedes, 2011; Marino et al., 2012; Ramos, 1996; Wiedemer, 2008; Knak; Keske-Soares, 2006; Mourão, 2006; Martins; 2015; Jesus; Penido; Valente, 2009; Altmann; Ramos; Khoury, 1997). Estudos que descrevam o desenvolvimento da fala especificamente na criança com FLP não foram encontrados na literatura brasileira.

Para descrever o desenvolvimento da fala nas crianças sem FLP foram encontrados diversos estudos que descrevem o desenvolvimento da fala na língua portuguesa, sendo, portanto, utilizada a literatura brasileira para elaboração do material sobre o desenvolvimento da fala da criança sem FLP (Prates; Martins, 2011; Vitto; Feres, 2005; Lima; Bessa, 2007). Já para descrever o desenvolvimento de fala nas crianças com FLP, devido a falta de estudos na língua portuguesa, apesar da diferença da língua, foi utilizada a literatura internacional (Grunwell; Russell, 1987, 1988; Howard; Lohmander, 2011; O’Gara, Logemann, 1988; Chapman, 1991; Bzoch, 2004) com contribuição da literatura brasileira no que diz respeito as estratégias e alterações de fala que podem se manifestar na criança com FLP (Pegoraro-Krook et al., 2004; Mourão et al., 2006; Hanayama, 2009; Martins; Cardoso, 2015).

Durante a elaboração do conteúdo da mídia eletrônica foi realizado o trabalho de seleção dos materiais considerados relacionados ao tema da mídia eletrônica deste estudo, resultantes de outros estudos ou parceiros do HRAC (Silva, 2013; Ferreira, 2012; Costa, 2012; Rafacho, 2012; Mendes, 2014), estes estudos foram utilizados para a elaboração da mídia deste estudo, sendo disponibilizados como “Materiais Complementares”, e aqueles que envolveram a elaboração de mídias eletrônicas já disponibilizadas foram citados como “Links Úteis”. A inclusão destes materiais visou dar visibilidade aos mesmos, uma vez que o HRAC ainda não oferece um espaço virtual para tal. O desenvolvimento de um web site que possibilite a divulgação e acesso aos materiais desenvolvidos na Instituição, é importante para todos que buscam as informações relacionadas ao desenvolvimento da criança com FLP.

Materiais em formato eletrônico produzidos em ambiente acadêmico reúnem informações de qualidade e confiáveis, entretanto, a disponibilização destes materiais é uma problemática enfrentada atualmente, muitas vezes estes materiais acabam sendo disponibilizados em web sites de autoria própria dos autores, dificultando a visibilidade e propagação do material, sendo que, se fossem

disponibilizados em sites de domínio de Universidades ou Hospitais seriam considerados mais confiáveis pelos usuários que buscam as informações online (Bernhardt; Felter, 2004). Com isto em mente, o conteúdo da mídia eletrônica resultante deste estudo será disponibilizado em parceria com outra mídia em desenvolvimento em um estudo de Souza (em fase de elaboração) uma doutoranda do programa de pós-graduação do HRAC em parceria com a Universidade do Sagrado Coração (USC-Bauru). Busca-se assim reunir o maior número de informações sobre o tema em uma mesma mídia, a qual poderá ser acessada por pais, pacientes, profissionais da saúde (em universidades, hospitais, clínicas e postos de saúde) e da educação.

A aceitação positiva e o reconhecimento da necessidade de um material sobre o tema abordado neste estudo pelos Professores, bem como os resultados positivos na utilização do material para disseminação das informações aos alunos, permite sugerir que outros materiais acessíveis sejam feitos para complementar essas informações, especificamente sobre o desenvolvimento da fala de crianças com FLP a partir da palatoplastia primária. A carência de estudos sobre desenvolvimento da fala e linguagem no bebê com FLP, e a necessidade de disseminar estas informações a todos os envolvidos no processo de reabilitação da criança com FLP, seja o estudante de Fonoaudiologia, o Fonoaudiólogo ou os familiares e cuidadores, nos permite sugerir que esta é uma temática que deveria ser priorizada em pesquisas e programas de prevenção nos centros craniofaciais. Desse modo, o desenvolvimento da fala das crianças com fissura poderá ocorrer de forma mais natural e com menos alterações, minimizando-se a ocorrência de articulações compensatórias que ainda ocorre em 25% dos bebês que recebem palatoplastia primária no HRAC (Sugimoto, 2002; Williams et al., 2011).

Breckons et al. (2008) recomendam a utilização de vários avaliadores para verificar a qualidade de um instrumento disponibilizado na internet, com isto em mente foram selecionadas seis professoras para avaliar o conteúdo do material, sendo professoras da área da Linguagem que lecionam disciplinas que englobam o desenvolvimento da fala em cursos de Fonoaudiologia em diferentes universidades. Após aceitação dos professores em participar, foi dado, inicialmente, o prazo para avaliação de 30 dias, as professoras concordaram com tal prazo, entretanto, após os 30 dias apenas duas professoras entregaram suas avaliações, foi então estendido o prazo por mais 60 dias, mas ainda assim, apenas mais uma professora entregou a

avaliação, todas as seis professoras ao aceitarem participar do estudo demonstraram interesse e reconheceram a importância do material desenvolvido, entretanto, apenas três destas concluíram a avaliação do conteúdo deste material. Para avaliação do material pela professora da University of Utah o material foi traduzido para o inglês, porém mesmo após 90 dias do prazo inicial a professora alegou falta de tempo para realizar a tarefa e conflito de interesse, uma vez que desenvolve um material semelhante em inglês.

A fase de avaliação do material foi considerada de suma importância para identificação de deficiências do mesmo, possibilitando uma revisão e reformulação pertinente, além de conferir a qualidade do material; esta necessidade e importância da avaliação também foram reportadas na literatura (Wen, 2008; Oliveira, 2009; Spinardi, 2009). Importante ressaltar que a avaliação do material pelas professoras da área da Linguagem buscava identificar falhas no conteúdo do material, assim como avaliar a qualidade e conhecer mudanças que poderiam ser feitas para a nova versão do material, buscando-se assim a elaboração de um material que cumpra com os seus objetivos, isto é, a disseminação de informações confiáveis sobre o desenvolvimento da fala em crianças com FLP. Sabendo disso, a análise dos dados da avaliação pelos professores foi muito positiva e levanta várias reflexões.

A utilização de dois questionários, o EMORY e o WebMAC para avaliação do conteúdo da mídia eletrônica foi considerada eficaz, sendo que outros estudos na literatura utilizaram instrumentos semelhantes para avaliar a qualidade de uma mídia eletrônica (Zambonato, 2012; Barbosa; Martins, 2007; Martins, 2013). Todas as professoras avaliaram o material como “excelente” através do questionário adaptado EMORY, onde a nota máxima (nota = 2) foi obtida nas categorias de conteúdo, precisão, público e estrutura. Na categoria “links externos”, no entanto, um dos professores discordou quando questionado se o material possuía links relevantes e apropriados ao tema do material, pontuando uma nota mais baixa (nota = 1). Isto é justificado pelo fato de 2 links externos, em português e relevantes ao tema (fonoaudiologiaparapediatras.wordpress.com, e portaldosbebes.fob.usp.br) não terem sido inseridos no material. A atualização da opção “links úteis”, portanto, possibilitará acesso a todos os materiais disponíveis em português.

Quanto à avaliação do material através do questionário WebMAC, os professores atribuíram nota máxima (nota = 3) para a maioria das questões, concordando plenamente com a avaliação do material quanto ao conteúdo,

significância e o quanto o material é estimulante. Entretanto, em algumas questões foram apresentadas notas mais baixas (nota=2), as quais foram melhor compreendidas após a análise das questões dissertativas, onde os avaliadores tiveram espaço para sugerir modificações e alterações no material. Na categoria “estimulante” quando questionados se o material apresentava links de outros web sites relevantes ao assunto, um avaliador assinalou a opção “concordo parcialmente” (nota=2); essa nota pode ser justificada pois o mesmo avaliador, ao ser questionado sobre sugestões para melhorar o material, citou dois outros links de web sites que deveriam ser inseridos no material. Ainda na categoria “estimulante” quando questionado se o material não apresentava informação redundante ou informação sem importância, um dos avaliadores assinalou “concordo parcialmente”, e essa pontuação pode ser justificada pelo fato do mesmo avaliador ao ser questionado sobre sugestões e melhorias, afirmou que deveria ser feita a revisão do material, buscando-se diminuir a quantidade de informações semelhantes que acabam tornando o material mais extenso e cansativo. A revisão no material foi feita, diminuindo-se textos, e incluindo-se os links externos sugeridos (fonoaudiologiaparapediatras.wordpress.com, e portaldosbebes.fob.usp.br).

Na categoria “significante”, quando questionado se as informações do material estavam descritas de forma interessante, um avaliador assinalou a opção “concordo parcialmente”; sendo que este avaliador apontou como sugestão a utilização de uma linguagem mais simplificada e que seja acessível também a pais. Isto pode ser justificado pelo fato de serem utilizados termos fonoaudiológicos, como audiometria, por exemplo, o que pode ser de difícil compreensão para cuidadores e pacientes, num primeiro momento. O objetivo principal deste estudo, no entanto, é a elaboração de um material para alunos de Fonoaudiologia o qual possa ser usado desde o primeiro ano do curso de graduação, portanto, apesar de manter-se uma linguagem simplificada, o público alvo principal são os alunos. Ainda na categoria “significante” quando questionado se a variedade de formato de informações (textos e imagens) prende a atenção do leitor, dois avaliadores assinalaram a opção “concordo parcialmente”. Estas opções de resposta podem ser justificadas pelos comentários dos professores ao sugerirem o uso de vídeos e mais animações no material. Sabe-se que a utilização de recursos audiovisuais colabora no processo de aprendizagem e que as pessoas retêm mais informações quando transmitidas em conjunto com pistas visuais e auditivas (Hayden, 2005), foi com isso em mente que

foram selecionadas imagens e figuras para este material, entretanto, a utilização de recursos mais elaborados como vídeos e animações não foram possíveis devido ao tempo limitado para elaboração do material e condução deste estudo; entretanto, fica a proposta para aprimoramento deste material em futuros estudos.

Na categoria “organização”, quando questionados se todas as informações do material são apresentadas usando linguagem clara e consistente sem erros gramaticais, dois avaliadores apontaram a opção “concordo parcialmente”. As sugestões dadas por estes avaliadores justificam tal pontuação, pois os mesmos sugeriram uma revisão gramatical do texto. A revisão textual foi realizada pela autora, com atenção para erros gramaticais, erros de digitação, e foi feita a reestruturação de frases que podiam dar duplo significado ou gerar dúvida ao leitor.

No geral, através do questionário adaptado WebMAC, a avaliação dos Professores demonstrou-se positiva em relação a importância, significância e organização do material, sendo que todos os professores indicaram que visitariam e recomendariam uma mídia eletrônica com o conteúdo do material que avaliaram. Vemos, portanto, que o questionário WebMAC, mesmo em versão adaptada e reduzida demonstrou-se eficaz na avaliação do material, sendo que a partir das questões dissertativas os Professores tiveram a oportunidade de expressar melhor sua avaliação, opinião e sugestões, permitindo ao pesquisador revisar e melhorar o conteúdo, para então disponibilizar o material para avaliação dos alunos.

A aplicação do material em formato eletrônico foi disponibilizada aos alunos graduandos em Fonoaudiologia, e este processo também fez parte da avaliação do material, buscando-se avaliar a efetividade do conteúdo do material em mudar o entendimento dos participantes sobre o tema abordado. A prática de implementação do material como parte do processo de avaliação também é descrita na literatura (Filantro; Piconez, 2004) corroborando na opção por esta estratégia para avaliar o impacto da mídia no conhecimento de alunos.

Na avaliação pelos alunos observamos que das 9 afirmativas que envolviam o desenvolvimento da fala da criança sem FLP houve diferença significativa apenas em 3 questões, sendo que nas demais questões mais de 70% dos alunos já apontaram a opção correta antes mesmo do acesso ao material. Essa grande quantidade de acertos pode ser justificada devido ao fato dos alunos que participaram deste estudo estarem cursando a disciplina que aborda exatamente

este tema (BAF0214 – Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem I) e, portanto já haviam sido expostos ao conteúdo sobre desenvolvimento de fala no bebê sem FLP. As afirmativas relacionadas ao desenvolvimento de fala dos bebês com FLP, particularmente, foram as que mais apresentaram diferença significativa comparando as respostas dos questionários antes e após acesso ao material da mídia eletrônica. Das quinze afirmativas que abordavam o desenvolvimento da fala no bebê com FLP, apenas quatro não apresentaram diferença significativa, incluindo as afirmativas 6, 7, 21 e 23, conforme apresentadas no quadro 5 a seguir:

Quadro 5: Questões relacionadas ao desenvolvimento de fala em bebês com FLP que não apresentaram diferença significativa.

6. A melhor forma de prevenir alterações de fala nos bebês com FLP é estabelecer o quanto antes as condições anatômicas que permitam o desenvolvimento da fala e da audição como ocorre com outros bebês. Somente após o reparo da fissura é que os bebês passam a ter condições anatômicas para produzir todos os sons da fala sem dificuldades.
7. Os bebês com fissura no palato possuem duas condições exclusivas ao bebê com fissura que aumentam o risco de acúmulo de secreção na orelha: tuba auditiva mais horizontalizada e dificuldade para abrir e fechar a tuba auditiva (disfunção tubária).
21. O bebê com FLP pode ter dificuldade para fazer plosão ou fricção, pois muito ar escapa pela fissura aberta, e assim alguns bebês pode desenvolver uma forma compensatória, porém atípica de produzir o som, conhecida como Articulação Compensatória.
23. Para estimular a fala do bebê com FLP na fase em que o palato ainda está aberto é necessário introduzir palavras com sons plosivos e fricativos tentando estimular desde cedo a produção dos sons difíceis.

A diferença não foi significativa na avaliação antes e depois do acesso ao material nas afirmativas 6, 21 e 23, uma vez que o índice de respostas corretas antes do material já foi alto e o tema em questão foi abordado em outra disciplina já cursada pelos alunos (BAF0211-Linguística) como parte do conteúdo de fonética articulatória. Já na afirmativa 7, particularmente, a ausência de diferença significativa foi resultante do baixo número de acertos da questão antes e também após o acesso ao conteúdo da mídia. Após este resultado a questão foi analisada, e justifica-se que tal resultado seja decorrente da má formulação da pergunta, pois a questão remete muita atenção, pois ao dizer que os bebês com fissura *“possuem duas condições exclusivas ao bebê com fissura que aumentam o risco de acúmulo de secreção na orelha: tuba auditiva mais horizontalizada e dificuldade para abrir e*

fechar a tuba auditiva”, a afirmação apresentada torna-se falsa, pois a tuba mais horizontalizada não é uma condição “exclusiva” aos bebês com FLP. Apesar de ser abordada essa informação no conteúdo do material: *“O bebê com FLP, portanto, tem a tuba auditiva horizontalizada (o que é comum a todos os bebês), e tem também um problema para abrir e fechar a tuba auditiva (disfunção tubária), uma vez que a musculatura do palato não tem como funcionar adequadamente antes da cirurgia*”, a palavra “exclusivas” pode ter contribuído para a dificuldade dos alunos em acertarem essa questão mesmo após o acesso ao conteúdo específico. Constituindo-se uma afirmativa confusa mesmo para um especialista, e deverá ser modificada em futuros trabalhos.

De uma forma geral o alto número de afirmativas que apresentaram diferença significativa, ao compararmos os resultados antes e após acesso ao conteúdo da mídia eletrônica, sugere que o material tem potencial para contribuir no processo de aprendizagem de alunos sobre o desenvolvimento de fala em bebês com FLP no primeiro ano de vida. O material poderá ser disponibilizado por meio de recursos online para uso em ações em Telessaúde, tanto na Teleassistência quanto na Teleducação, indo de encontro ao perfil de inclusão digital que é cada vez mais efetiva (Pulino Filho, 2007). As informações disponibilizadas neste formato podem contribuir tanto para a formação de fonoaudiólogos com conhecimentos específicos sobre a FLP, quanto para o desenvolvimento de programas de orientação a pais.

Por fim, concluímos que o material foi avaliado positivamente, tanto quanto a elaboração e conteúdo, como também na efetividade do uso para o aprendizado e conhecimento das informações apresentadas. Essas informações sustentam futuras propostas da implementação deste material em formato de mídia eletrônica enquanto recurso que auxilie no processo de formação de estudantes de Fonoaudiologia, e também enquanto uma ferramenta de Telessaúde viável para profissionais, familiares e cuidadores acessarem informações sobre desenvolvimento da fala em qualquer localidade e tempo. Com o uso da internet para obtenção de informações na área da saúde por profissionais, estudantes, pacientes e da população em geral tornando-se cada vez mais crescente (Whitten et al., 2011; Curran, 2006; Casebeer et al., 2003; Lorenzo; Mira, 2004), o aprimoramento deste material em estudos futuros também é recomendado. Sugere-se, portanto, uma avaliação do conteúdo em formato de mídia (na plataforma da parceria HRAC-USP ou no Moodle-HRAC) por fonoaudiólogos do HRAC e dos

demais centros craniofaciais brasileiros, particularmente por aqueles envolvidos com a prevenção de distúrbios da comunicação.

Com base na literatura escassa e frente aos resultados obtidos com este estudo, é possível considerar que o objetivo de elaborar um material sobre o desenvolvimento de fala em bebês com FLP foi atingido com a elaboração da mídia eletrônica a qual se propõe o título: “*O Bebê com Fissura Labiopalatina Pode Aprender a Falar Adequadamente*”. O objetivo deste estudo foi baseado na evidência da escassez de estudos abordando o desenvolvimento da fala na criança com FLP, bem como considerando a necessidade de informações de qualidade que favoreçam um melhor entendimento sobre prevenção e minimização das alterações de fala que podem ocorrer em crianças com FLP. Entretanto, é evidente que ainda há a necessidade de mais estudos na área específica sobre o processo de desenvolvimento da fala típica na fissura não operada ou na presença da DVF, assim como já foi citado na literatura (Hanayama, 2009; Trost-Cardamone, 1997), há necessidade de futuros estudos ampliando a presente proposta.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

Uma mídia eletrônica, em formato de web site, intitulada “*O Bebê com Fissura Labiopalatina Pode Aprender a Falar Adequadamente*” contendo informações sobre o desenvolvimento de fala do bebê com fissura labiopalatina no primeiro ano de vida, foi desenvolvida. A mídia eletrônica estará disponível para acesso na internet, pelo endereço: www.tocrescendo.com.br (em desenvolvimento - parceria HRAC-USC).

Após a avaliação por professores de cursos de Fonoaudiologia a mídia e seu conteúdo foram classificados em sua maioria como “excelente”. Após as sugestões recebidas das Professoras avaliadoras, foram feitas as modificações para apresentação e avaliação da mídia eletrônica por alunos do primeiro ano de Fonoaudiologia. A avaliação realizada pelos alunos demonstrou que a mídia eletrônica pode ser um meio eficaz para favorecer o aprendizado sobre o desenvolvimento de fala em bebês com FLP no primeiro ano de vida.

Referências

REFERÊNCIAS

Altmann EBC, Ramos ALNF, Khoury RBF. Avaliação fonoaudiológica. In: Altmann EBC. Fissuras Labiopalatinas. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p.325-66.

American Speech-Hearing Association. Speech-Language pathologists providing clinical services via telepractice: Technical Report. 2005. [acesso em 2015 out 24]. Disponível em: <http://www.asha.org/policy>.

Antunes DK. Intervenção fonoaudiológica nas fissuras labiopalatinas: diagnóstico e tratamento. [acesso em 2015 nov 25]. Disponível em: <http://www.revistaprofono.com.br/ojs/index.php/revistaprofono/article/viewFile/687/291>.

Antunes MSC, Patrocínio C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. Psicologia, Saúde e Doenças. 2007; 8(2): 239-52.

Arcoverde ZLC. Prevenção dos distúrbios da fala – uma proposta de orientação Fonoaudiológica. [monografia de conclusão de curso de especialização]. Itajaí: CEFAC. 2001.

Assumpção Junior FB, Sprovieri MH. Introdução ao estudo da deficiência mental. São Paulo: Memnon; 1991.

Bachega MI, Thomé S. Manual de instrução alimentar para criança portadora de fissura lábio-palatal: 01 dia a 01 ano. Bauru (SP): Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo; 1984.

Barbosa AL, Martins EN. Evaluation of internet websites about floaters and light flashes in patient education. Arq Bras Oftalmol. 2007; 70(5): 839-43.

Bastos BG. Telessaúde: avaliação de um website como ferramenta de auxílio e aconselhamento de pais de crianças usuárias de aparelho de amplificação sonora individual [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Bernhardt JM, Felter EM. Online pediatric seeking among mothers of young children: Results from a qualitative study using focus groups. Journal of Medical Internet Research. 2004.

Bertier CE, Trindade IEK, Silva Filho OG. Cirurgias primárias de Lábio e Palato. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, organizadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p.73-85.

Blasca W. Ambiente Interativo de aprendizagem: o papel fundamental da teleeducação na aprendizagem e prevenção dos distúrbios da comunicação no Brasil. In: XIII Congresso Internacional de Educación a Distancia CREAD/MERCOSUR; 2009. Universidad Nacional Autonoma de Mexico. UDEC; 2011.

Blasca WQ, Maximino LP, Galdino DG, Campos K, Picolini MM. Novas tecnologias educacionais no ensino da audiologia. Rev. CEFAC. São Paulo. 2010.

Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [homepage na internet]. Brasília. [acesso em: 23 de novembro de 2015]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>

Brasil. Ministério da Educação. CNE. Resolução CNE/CES 5/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Direitos do Paciente. Portaria nº 1286 de 26 de outubro de 1993 – art. 8º e nº74 de 4 de maio 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília: Editora MS; 2002.
Breckons M, Jones R, Morris J, Richarson J. What do evolution instruments tell us about the quality of complementary medicine information on the internet? J. Med. Internet Res. 2008; 10(1): 22.

Broen PA, Moller KT. Early phonological development and the child with cleft palate. In: Moller KT, StarrCD, eds. Cleft Palate: Interdisciplinary Issues and Treatment. Austin, TX: Pro-Ed. 1993:219–249.

Broen PA, Westman MJ. Project parent: a preschool speech program implemented by parents. J Speech Hear Disord. 1990; 55:495–502.

Brunhara F, Petean EBL. Mães e filhos especiais: reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. Paidéia, FFCLRP-USP. 1999.

Bryant D, Maxwell K. The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In: Guralnick MJ. The effectiveness of early intervention. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 1997. p.23- 46.

Bzoch KR. Articulation proficiency and error patterns of preschool cleft palate and normal children. Cleft Palate J. 1965.

Bzoch KR. Introduction to the study of communication disorders in cleft palate and related craniofacial anomalies. In: BZOCH, K.R. (Ed.) Communicative Disorders Related to Cleft Lip and Palate, 5th edition, Austin, TX: Pro-Ed; 2004.

Campillay PL. Perfil de fala em pacientes com FLP atendidos em um hospital de Porto Alegre. [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Campos K. Construção de um material educativo na orientação do deficiente auditivo idoso [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Campos PD. Telessaúde: Sistematização e avaliação da eficácia da teleconsulta na programação e adaptação de AASI [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Carvalho APB, Tavano LD'A. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Pediatr mod. 2000; 36(12):843-847.

Carvalho FRP. Curso a distância de redação científica da Língua Inglesa na área de anomalias craniofaciais [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Carvalho JLB. Promoção da saúde em ensino fundamental: Ações de teleeducação em Fonoaudiologia na inclusão escolar [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2012.

Casebeer L, Bennett N, Kristofco R, Carillo A, Centor R. Physician Internet Medical information seeking and on-line continuing education use patterns. J Contin Educ Health Prof. 2002; 22(1):33-42.

Castro SL. Elementos de um Estudo em Psicologia da Linguagem e da Cognição. Porto: Colectânea. FPCE – UP; 1997.

Chapman KL, Hardin-Jones M, Schulte J, Halter K. Vocal development of 9- month-old babies with cleft palate. *J Speech Lang Hear Res.* 2001; 44:1268– 1283.

Chapman K. Phonologic processes in children with cleft palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal.* 1993; 30: 64–72.

Chapman KL. Vocalizations of toddlers with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1991; 28:172–178.

Choi JM, Lee HB, Park CS, Oh SH, Park KS. PC-Based Tele-Audiometry. *Telemed J E Health.* 2007; 13(5):501-508.

Chomsky N. *Aspects de la Theorie Syntatique.* Paris: Le Seuil; 1971.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução nº 366 de 25 de abril de 2009. Dispõe sobre a regulamentação do uso do sistema Telessaúde em Fonoaudiologia. Conselho Federal de Fonoaudiologia, Brasília DF, 25 de abril de 2009.

Corrêa CC, Martins A, Pardo-Fanton CS, Silveira ASC, Barros GTT, Wen CL, Maximino LP, Berretin-Felix G, Blasca WQ, Brasolotto A. Ações de teleeducação interativa em saúde vocal baseadas na dinâmica do projeto jovem doutor. *Revista Distúrbios da comunicação.* 2012; 24:359-368-368.

Costa TL. Multimídia sobre velofaringe e palatoplastia na fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Curran VR. Tele-education. *J Telemed Telecare.* 2006; 12(2): 57-63.

Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas. Bauru. 2013. Panorama geral da estrutura do HRAC-USP. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/43539>

Darkins A, Cary M. *Telemedicine and telehealth: Principles, policies, performance and pitfalls.* New York, NY: Springer Publishing Company Inc. 2000.

Davis CC, Brown RT, Bakerman R, Campbell R. Pshychological adaptation and adjustment of mothers of children with congenital heart disease: stress, coping, and family functioning. *J Pediatr Phsyco*. 1998.

Dutka, JCR, Pegoraro-Krook MI. Avaliação e Tratamento das Disfunções Velofaríngeas. In: Marchesan IQ, Justino HS, Tomé AC (organizadores). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. 1ed. São Paulo: Guanabara Koogan LTDA; 2014. p.363-368.

Dutka JCR. Programa de Incentivo à pesquisa – ProIPda Universidade de São Paulo para realização do Projeto Orientação de pais e conselheiros da saúde como estratégia para promoção da saúde fonoaudiológica em indivíduos com fissuralabioplantina, 2006-2008.

Dworkin J, Connell J, Doty J. A literatura review of parent's online behavior. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Reseach on Cyberspace*. 2013.

Eikelboom RH, Mbaio MN, Coates HL, Atlas MD, Gallop MA. Validation of tele-otology to diagnose ear disease in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005; 69(6):739-744.

Eiserman W, Weber C, MCCoun M. Two alternative program models for serving speech-disordered preschoolers: a second year follow-up. *J Comm Disord*. 1992; 25:77–106.

Emory – University Rollins School of Public Health – Related Web Site Evaluation Form [internet]. 1998. Available from: <http://www.sph.emory.edu/WELLNESS/instrument.html>

Eng TR, Gustafson DH, Henderson J, Jimison H, Patrick K. Introduction to evaluation of interactive health communication applications. *Am J Prev Med*. 1999; 16:10-5.

Ferrari DV, Blasca WQ, Bernadez-Braga GRA, Wen CL. Telessaúde: acesso a educação e assistência em audiolgia in Bevilacqua MC, Martinez MAN, Balleri AS, Pupo AC, Reis AC, Frota SM, organizadores. *Saúde auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas – São José dos Campos: Pulso Editorial; 2010. p. 189-218.*

Ferrari DV, Blasca WQ, Bevilacqua MC, Costa OA, Wen CL, Bohm G. Teleaudiology in Brazil. In: XXVII International Congress of Audiology, 2004, Phoenix. *Proceedings of the XVIII International Congress of Audiology*. Phoenix: International Society of Audiology; 2004.

Ferreira DBP. Material multimídia sobre fonoterapia para bebês com fissura labiopalatina. [trabalho de conclusão do programa de residência multiprofissional]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

Filatro A, Piconez SCB. Design Instrucional Contextualizado: planejamento, elaboração e avaliação de materiais didáticos para educação a distância. In: Congresso Internacional de Educação a distância. Salvador. 2004. Anais São Paulo: ABED, 2004. [acesso em 2015 nov 26]. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/049-TC-B2.htm>

Fong B, Fong ACM, Li CK. Telemedicine technologies: Information technologies in medicine and telehealth. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons. 2011.

Golding-Kushner KJ. Therapy techniques for cleft palate speech & related. San Diego: Singular Thomson Learning; 2001.

Gonçalves BRL. Programa de acompanhamento a pais na intervenção fonoaudiológica em linguagem infantil. [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2012.

Gonçalves TS. Desenvolvimento de material educacional interativo para orientação de professores do ensino fundamental quanto aos distúrbios da linguagem escrita [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Goulart BNG, Chiari BM. Comunicação humana e saúde da criança – reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. Rev. CEFAC. 2012; 14(4):691-696.

Grunwell P, Russell J. Phonological development in children with cleft lip and palate. Clin Linguist Phonet. 1988; 2:75–95.

Grunwell P, Russell J. Vocalisations before and after cleft palate surgery: a pilot study. Br J Disord Commun. 1987; 22:1–17.

Hanayama EM. Distúrbios de comunicação nos pacientes com sequela de fissura labiopalatina. Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial, São Paulo. 2009; 12(3): 118-124.

Harding A, Grunwell P. Active versus passive cleft-type speech characteristics. *Int. J. Language & Communication Disorders*. 1998; 33(3): 329-352.

Hardin-Jones MA, Jones DL. Speech production patterns of preschoolers with cleft palate. *Cleft-Palate-Craniofacial Journal*. 2005; 42:7–13.

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. <disponível em: <http://www.centrinho.usp.br/hospital/>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

Houston KT, Fleming AM, Brown KJ, Weinberg TR, Nafe JM. History, definitions and overview of telepractice models. In: Houston K Todd. *Telepractice in Speech Language Pathology*. San Diego: Plural Publishing; 2014. p. 10-13.

Houston KT, Walters KZ, Stredler-Brown A. A. Family-Centered Early Intervention for children with disabilities provided through telepractice. In: Houston K Todd. *Telepractice in Speech Language Pathology*. San Diego: Plural Publishing; 2014. p. 83-116.

Howard S, Lohmander A. *Cleft Palate Speech: assessment and intervention*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.

Hutters B, Brondsted K. Preference between compensatory articulation and nasal emission of air in cleft palate speech – with special reference to the reinforcement theory. *Scand J Log Phon*. 1993; 18:153-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). Acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal: 2011. [acesso em 2015 out 24]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=263999>.

Jesus MSV, Penido FA, Valente P. Avaliações fonoaudiológicas clínica e instrumental em indivíduos com fissura labiopalatina. In: Jesus, M.S.V; Di Ninno, C.Q.M.S (ed). *Fissura Labiopalatinas: fundamentos para a prática fonoaudiológica*. São Paulo: Roca; 2009. p.57-75.

Jesus MSV, REIS C. Estudo perceptivo das vogais orais e nasais de indivíduos com fissura palatal. *J Bras Fonoaudiol*. 2002; 3(11):121-6.

Jobe AL, D'Mello J, Kumar S. Speech understandability of repaired cleft palate patients pré and post caregiver training. *Indian J Plast Surg.* 2007; 40: 122-128.

Karnell MP, Bailey P, Johnson L, Dragan A, Canady JW. Facilitating communication among speech pathologists treating children with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac.* 2005; 42(6):585-8.

Knak MIS, Keske-Soares M. Alterações de fala de crianças portadoras de fissure labiopalatina. [monografia]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2006.

Krumm M. Audiology telemedicine. *J Telemed Telecare.* 2007; 13(5):224-9.

Kuehn DP, Moller KT. Speech and language issues in the cleft palate population: the state of the art. *Cleft Palate-Craniofac J.* 2000; 37:348-55.

Kummer AW. Cleft palate and craniofacial anomalies: the effects on speech and resonance. San Diego: Singular; 2008.

Ladefoged P, Maddieson I. The sounds of the world's languages. Oxford: Blackwell Publishers; 1999. p.407.

Lewis BA, Singer LT, Fulton S, Salvator A, Short EJ, Klein N, Baley J. Speech and language outcomes of children with bronchopulmonary dysplasia. *Journal of Communication Disorders.* 2002.

Lieberth AK, Martin DR. The instructional effectiveness of a web-based audiometry simulator. *J Am Acad Audiol.* 2005; 16(2):79-84.

Lima R. A Linguagem Infantil – Da Normalidade à Patologia. Braga: Edições APPACDM, Distrital de Braga; 2000.

Lima R, Bessa M. Desenvolvimento da Linguagem na criança dos 0-3 anos de idade: uma revisão. *Revista Sonhar.* 2007: 55-62.

Lisboa PK, Rocha VP, Pini R. Fissura labiopalatal: uma revisão de literatura. Disponível em: <http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idxvol_14_1310156005.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2015.

Lohmander-Agerskov A, Doteval H, Lith A, Soderpalm E. Speech and velopharyngeal function in children with an open residual cleft in the hard palate, and the influence of temporary covering. *Cleft Palate Craniofac J*. 1996; 33: 324–332.

Lohmander-Agerskov A, Söderpalm E, Friede H, Lilja J. Cleft lip and palate patients prior to delayed closure of the hard palate: evaluation of maxillary morphology and the effect of early stimulation on pre-school speech. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 1990; 24(2):141-8.

Lohmander- Agerskov A, Havstam C, Soderpalm E, Elander A, Lilja J, Friede H. et al. Assessment of speech in children after repair of isolated cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg*. 1993; 27:307–310.

Lolfredo LCM, Freitas JAS. Prevalência de Fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saúde Publica*. 2001.

Lorenzo S, Mira JJ. Are Spanish physicians ready to take advantage of the internet? *World Hosp Health Serv*. 2004; 40(3).

Madge C, O'Connor H. Parenting gone wired: Empowerment of new mothers on the Internet? *Social and Cultural Geography*. 2006; 7:199-220.

Mantovani DA, Ferrari DV, Blasca WQ. Estudo sobre o conhecimento e aceitação dos alunos de fonoaudiologia em relação à educação à distância. In: *Anais XII Jornada Fonoaudiológica*; Bauru: USP. 2005. p. 93.

Marino VCC, Dutka JCR, Pegoraro-Krook MI, Lima-Gregio AV. Articulação compensatória associada à fissura de palato ou disfunção velofaríngea: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(3): 528-543.

Martins A. Telessaúde: Ambiente Virtual de Aprendizagem em aquisição e desenvolvimento da linguagem infantil [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.

Martins J. Orientações aos pais de portadores de fissura lábio palatal: um olhar clínico. [monografia]. Itajaí: CEFAC; 2001.

Martins PB, Cardoso MCAF. Variações articulatórias nas fissuras labiopalatinas: enfoque fonoterapêutico. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília. 2015; 13(1): 17-27.

McWilliams BJ. Articulation problems of a group of cleft palate adults. *J Speech Hear Res*. 1958; 1:68–74.

Meinusch M, Romonath R. Early language intervention for children with cleft lip and/or palate: A systematic review, *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*. 2011; 5(4):197-215.

Melo TM. Educação a distância na capacitação de agentes comunitários de saúde na área de saúde auditiva infantil [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2008.

Mendes MR. Prevenção de Alterações de Fala. [trabalho de conclusão do programa de residência multiprofissional]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2014.

Menon LC, Magni C. Fonoaudiologia e Telessaúde: Revisão De Literatura. In: III Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2014. FONOAUDIOLOGIA E TELESSAÚDE: Revisão De Literatura; 2014.

Minervino-Pereira ACM. Autoconceito e Autoestima em indivíduos com fissura labiopalatina: influência do tipo de fissura e do tempo de convivência com a mesma. [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo, 2000.

Minervino-Pereira ACM. O processo de enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina nas diferentes fases do desenvolvimento. [tese]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2005.

Moller KT, Broen PA, Kittelson C. Early phonological development of children with cleft palate. In: 41st Annual Meeting of the American Cleft Palate Association; May 1984; Seattle, Washington.

Moller KT. Early speech development: the interaction of learning and structure. In: Bardach J, MorrisHL, eds. *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia: WB Saunders; 1990:726–731.

Monlléo IL, Gil-Da-Silva-Lopes VL. Anomalias Craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção ao Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22 (5): 913-22.

Moraes LE. Prevenção dos distúrbios da comunicação na fissura labiopalatina: informações para pais e cuidadores. [iniciação científica]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da fonoaudiologia no sistema único de saúde – SUS. Rev CEFAC. 2009; 11(3): 516-21.

Mourão D, Soares GS, Torres LVV, Vaz RN, Prado SG. Estudo sobre desenvolvimento fonológico em fissurados: implicações na fala e linguagem. Estudos, Goiânia. 2006; 33(3): 425-441.

Nagarajan R, Murthy J, Raman SV. Providing speech and language services for individuals with cleft lip and palate in India - The Challenge. Cleft Journal. 2005.

Nichols S, Nixon H, Pudney V, Jurvansuu S. Parents resourcing children's early development and learning. Early Year. 2009; 29:147-161.

O'Gara MM, Logemann JA. Early speech development in cleft palate babies. In: Bardach J, Morris HL, eds. Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate. Philadelphia: WB Saunders; 1990. p. 717–721.

O'Gara MM, Logemann JA. Phonetic analysis of the speech development of babies with cleft palate. Cleft Palate J. 1988; 25(1):122–134.

O'Gara MM, Logemann JA, Rademaker AW. Phonetic features by babies with unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 1994; 31:446–451.

Oliveira VV. Jovem doutor: promoção da saúde auditiva e inclusão do deficiente auditivo com malformação de orelha externa e/ou média [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2012.

Organização Mundial da Saúde. Telemedicine. [acesso em 24 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/africahealthinfoway/about/Telemedecine.pdf>.

Palandi BBN, Guedes ZCF. Aspectos da fala de indivíduos com fissura palatina e labial, corrigida em diferentes idades. Rev. CEFAC. 2011; 13(1):8-16.

Pamplona MC, Ysunza A, Urió-Stegui C. Linguistic interaction: The active role of parents in speech therapy for cleft palate patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 1996; 37:17–27.

Papalia DE, Olds SW. *O mundo da criança*. São Paulo: McGraw-Hill; 1981.

Patterson JM. Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatric Clinis of North America*. 1995; (42):47-63.

Pegoraro-Krook MI, Dutka JCR, Magalhães RCT, Feniman MR. Intervenção Fonoaudiológica na Fissura Labiopalatina. In: Ferreira LP; Befi-Lopes DM; Limongi SCO. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca; 2004. p. 439.

Peterson-Falzone SJ. Speech outcomes in adolescents with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 1995; 32:125–128.

Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP, Hardin-Jones MA. Perceptual assessment and diagnosis of the cleft palate speech errors: The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech. Mosby Pub: St. Louis; 2006. p. 69-97.

Peterson-Falzone SJ, Trost-Cardamone JE, Karnell MP, Hardin-Jones M. *The Clinician's Guideto treating Clef Palate Speech*. St Louis: Mosby; 2006.

Picolini MM, Blasca WQ, Richieri-Costa A, Maximino LP. A elaboração de um ambiente virtual de aprendizagem em síndromes genéticas. *Revista CEFAC (Online)*. 2013; 15:382-390.

Picolini MM. *Teleducação Interativa na capacitação de estudantes do ensino fundamental em síndromes genéticas [dissertação]*. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Prado LM. *Desenvolvimento e avaliação de material multimídia para orientação de pais e cuidadores de crianças com Síndrome de Down. [dissertação]*. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Prates LPCS, Martins VO. Distúrbios da Fala e Linguagem na infância. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2011; 4(1): 54-60.

Pulino Filho AR. Moddle: um sistema de gerenciamento de cursos. Brasília: UnB; 2007.

Quadros IA. Portal dos bebês e os primeiros cuidados do bebê com fissura labiopalatina: alimentação, audição e fala. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2014.

Rafacho MB. A internet como um recurso de acesso à informação para pais de crianças com fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Rafacho MB. Um diálogo entre a psicologia e o usuário do HRAC-USP: uma nova forma de comunicação [trabalho de conclusão de curso]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2009.

Ramos MR. A fala no paciente com fissura palatina: uma visão fisiopatológica. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini AS. Tratamento das fissuras labiopalatinas. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p. 219-221.

Risk A, Dzenowagis J. Review of internet health information quality initiatives. Journal of Medical Internet Research. 2001.

Roberts M, Kaiser A. The Effectiveness of Parent-Implemented Language Intervention: A Meta-Analysis. American Journal of Speech-Language Pathology. 2011.

Rothbaum F, Martland N, Jannsen J. Parents' reliance on the Web to find information about children and families: Socio-economic differences in use, skills and satisfaction. Journal of Applied Developmental Psychology. 2008; 29: 118-128.

Scherer NJ, D'Antonio LL, MCGahey H. Early intervention for speech impairment in children with cleft palate. Cleft Palate Craniofac J. 2008; 45(1):18-31.

Sell D, Grunwell P, Mildinhall S, Murphy T, Cornish TC et al. The Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Study. Part 3— Speech outcomes. Cleft Palate–Craniofacial Journal. 2001; 38:30–37.

Sicotte C, Lehoux P, Fortier-Blanc J, Leblanc Y. Feasibility and outcome evaluation of a telemedicine application in speech-language pathology. *J Telemed Telecare*. 2003; 9(5):253-8.

Silva MJF. Audição e Fissura Labiopalatina. [trabalho de conclusão de curso]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2013.

Silveira JLGC, Weise CM. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas sobre aleitamento. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa. 2008. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/297/215>.

Sim-Sim I. Avaliação da Linguagem Oral. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1997.

Small RV, Arnone MP. Make a Pact for Success. Designing Effective Information Presentations. Lanham: Scarecrow Press. 2002.

Souza PJS, Bastos BG, Ferrari DB. Instrumentos para avaliação de websites de saúde: estudo preliminar. Pôster apresentado na XVI Jornada Fonoaudiológica de Bauru; 2009; Bauru.

Spinardi ACP, Blasca WQ, Wen CL, Maximino LP. Telehealth in Speech Language Pathology and Hearing: science and techonolgy. *Pró-Fono*. 2009; 21(3): 249-54.

Spriestersbach DC, Morris HL. Speech problems of patients with cleft lip and palate. In: Converse JM, org. *Reconstructive plastic surgery*. vol 4. Cleft lip and palate craniofacial deformities. Philadelphia: W.B.Saunders; 1977. p.2246-67.

Stredler-Brown A. Efficacy of Telepractice in Speech-Language Pathology. In: Houston K Todd. *Telepractice in Speech Language Pathology*. San Diego: Plural Publishing; 2014. p. 21-23.

Suguimoto MLFCP. Análise da fala de indivíduos operados de palato, entre 12 e 24 meses de idade: estudo retrospectivo. [dissertação]. Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.

Theodoros, D, Russell TG, Hill A, Cahill L, Clark K. Assessment of motor oral speech disorders online: a pilot study. *J Telemed Telecare*. 2003; 9(2): 566-568.

Tonocchi R, Nishida G, Silva AHP, Freitas RS, Vieira CH. Outra abordagem para dados de fala de um indivíduo com fissura palatina. *Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial*, São Paulo. 2010; 13(1): 31-35.

Trost- Cardamone JE. Diagnosis of specific cleft palate speech error patterns for planning therapy or physical management needs. In: Bzoch KR, editor. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. 4th ed. Austin: Pro-Ed; 1997.

Uzark K, Jones K. Parent stress and children with heart disease. *J Pediatr Health Care*. 2003.

Van Demark D, Hardin-Jones MA, O'gara MM, Logemann JA, Chapman KL. Identification of children with and without cleft palate from tape-recorded samples of early vocalizations and speech. *Cleft Palate Craniofac J*. 1993; 30:557–563.

Van Demark DR, Morris HL, Vandehaar C. Patterns of articulation abilities in speakers with cleft palate. *Cleft Palate J*. 1979; 16: 230–239.

Vitto MMP, Feres MCL. Distúrbios da comunicação oral em crianças. In: *Simpósio: Surdez Implicações Clínicas e possibilidades terapêuticas*, 2005. *Anais do Simpósio: Implicações Clínica e possibilidades terapêuticas*. 2005; 34: 229-234.

Xavier KM, Oliveira e Britto DB, Di Ninno CQMS. Fissura Labiopalatina: prevalência regional no estado de Minas Gerais em centro especializado referencial. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25 (2): 157-161.

Walker SK, Dworkin J, Connell JH. Variation in parent use of information and communications technology: Does quantity matter? *Family & Consumer Sciences Research Journal*. 2011; 40:106-119.

Warren J, Allen M, Okuyemi K, Kvasny L, Hecht M. Targeting single parents in preadolescent substance use prevention: Internet characteristics and information relevance. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. 2010; 17:400-412.

Wiedemer ML, Santos LF, Gonçalves C. Fonemas plosivos e fricativos na fala de portadores de fissura lábio-palatina. *Revista Eletrônica do Instituto de Humanidades, Duque de Caxias*. 2008; 7(25): 123-139.

Williams WN, Seagle MB, Pegoraro-Krook MI, Souza TV, Garla L, Silva ML, Machado Neto JS, Dutka JCR, Nackashi J, Boggs S, Shuster J, Moorhead J, Wharton W, Graciano MIG, Pimentel MC, Feniman M, Piazzentin-Penna SHA, Kemker J, Zimmermann MC, Bento-Gonçalves C, Borgo H, Marques IL, Martinelli APMC, Jorge JC, Antonelli P, Neves JFA, Whitaker ME. Prospective Clinical Trial Comparing Outcome Measures Between Furlow and von Langenbeck Palatoplasties for UCLP. *Annals of Plastic Surgery*. 2011; 66:154-163.

Willging JP, Kummer AW. Facial and oral anomalies: effects on speech and resonance. In: Kummer AW, ed. *Cleft palate & craniofacial anomalies*. San Diego: Singular; 2001. p.177-97.

Whitten P, Holtz B, Cornacchione J, Wirth C. An evaluation of telehealth websites for design, literacy, information and content. *J Telemed Telecare*. 2011; 17(1):31-5.

World Health Organization. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies. Report of WHO meetings on International Collaborative Research on Craniofacial Anomalies. Geneva; 2002

World Health Organization. Telemedicine. [acesso em 2015 nov 25]. Disponível em: http://www.who.int/goe_atlas_2010.pdf.

Zabeu JS. O uso da Teleducação Interativa a favor da inclusão social nas Fissuras Labiopalatinas: uma estratégia de ação contra o preconceito e estigmatização [trabalho de conclusão de curso]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Zambonato TCF. Teleducação Interativa: Intercâmbio técnico-científico entre profissionais atuantes com fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2012.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Para Alunos que irão avaliar a mídia eletrônica

Vimos convidá-lo(a) a participar voluntariamente da pesquisa ***“Desenvolvimento de Fala no Bebê com Fissura Labiopalatina: Mídia para Estudantes de Fonoaudiologia”*** realizada por Ana Paula Carvalho Corrêa sob orientação da Profa Dra Jeniffer de Cássia Rillo Dutka. Este estudo tem como objetivo o desenvolvimento de um ambiente virtual sobre o desenvolvimento de fala em bebês com fissura labiopalatina, para que possamos aprimorar o processo de orientação e promoção de saúde, visando a prevenção de distúrbios de comunicação.

Caso concorde em participar, o(a) aluno(a) será solicitado a acessar o material sobre o desenvolvimento de fala no bebê com Fissura Labiopalatina, como conteúdo da disciplina BAF0214 – Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem I. Para acessar o material será utilizado a Sala de Treinamento da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Bauru, onde estão disponíveis computadores conectados à internet. Estima-se que um período de 30 a 60 minutos será necessário para que eu leia e acesse todas as informações disponibilizadas. Concordo ainda, em responder a 2 questionários: um antes do acesso a mídia eletrônica e outro após o acesso a mídia, com perguntas sobre o conteúdo do desenvolvimento de fala no bebê com fissura. A minha participação neste projeto tem um prazo estimado de 2 horas. Todo o procedimento será realizado nas dependências da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo. A participação nesta pesquisa não irá interferir na sua avaliação na Disciplina BAF0214, desta forma não haverá riscos diretos ou indiretos para o(a) aluno(a). Entendo ainda, que como benefício da minha participação, terei a oportunidade de aprimorar meus conhecimentos na área abordada na pesquisa. E estou ciente que os possíveis riscos e/ou desconfortos decorrentes da participação no estudo são relacionados apenas aos riscos de cansaço durante a realização da atividade de avaliar a mídia. Se o participante reportar cansaço a atividade será interrompida e continuada somente após minha anuência. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos realizados no referido estudo, o participante tem direito a solicitar indenizações legalmente estabelecidas, que se restringem ao dano causado.

Todas as informações são CONFIDENCIAIS, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem identificação do indivíduo, como nome e endereço. Ressaltamos que sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação a qualquer momento, não ocasionará prejuízos de nenhuma espécie.

Caso aceite participar da pesquisa o(a) senhor(a) receberá uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caso o(a) senhor(a) queira esclarecimentos de dúvidas sobre sua participação na pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa-HRAC/USP, à Rua Silvio Marchione, 3-20 - Vila Universitária - CEP 17012-

900 - Bauru/SP na Seção de Apoio à Pesquisa, de segunda à sexta das 8 às 18 h, ou pelo telefone (14) 3235-8421, e-mail: cep@centrinho.usp.br.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o aluno (a)

_____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 13º do Código de Ética Fonoaudiológico).

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias (uma via para o sujeito da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Número do Aluno na Pesquisa:

APÊNDICE B - Questionário para avaliação adaptado do EMORY**Questionário adaptado Emory
(Emory University Rollins School of Public Health 1998)****SOBRE O CONTEÚDO**

1- A finalidade do material está claramente indicada ou pode ser claramente deduzida.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

2- Não existe nenhuma parcialidade evidente (as informações não são tendenciosas).

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

3- O material cobre todos os aspectos do assunto adequadamente.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

4- O material sugere links externos a fim de cobrir inteiramente o assunto (se você considera que os links externos não são necessários para cobrir o assunto, escolha “não se aplica”).

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

SOBRE A PRECISÃO

5- A informação oferecida é correta, acurada (se não tiver certeza, escolha não se aplica).

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

SOBRE O PÚBLICO

6- O público alvo do material está evidente (público acadêmico, jovem, população em geral, etc).

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

7- O nível de detalhamento das informações fornecidas é apropriado para o público alvo.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

8- O nível de leitura é apropriado para o público alvo. A leitura é clara o suficiente para que as informações fornecidas sejam compreendidas por alunos em cursos de fonoaudiologia os quais não abordam o conteúdo sobre desenvolvimento de fala e linguagem na fissura labiopalatina.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

9 - Os termos técnicos utilizados no material são apropriados para alunos do primeiro ano do curso de fonoaudiologia.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

SOBRE LINKS EXTERNOS

10- Os links externos oferecidos são relevantes e apropriados para este material (caso não acesse o link escolha não se aplica)

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

11- Os links externos oferecidos apresentam informações confiáveis e de fontes confiáveis.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

12- Os links externos fornecidos levam às organizações/instituições importantes para conhecimento do público alvo.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

SOBRE A ESTRUTURA

13- As imagens do material agregam valor ao mesmo.

☐ discordo ☐ concordo ☐ não se aplica

APÊNDICE C – Questionário adaptado WebMAC

Versão adaptada do “*Website Motivational Analysis Checklist for Evaluating Service-Based Commercial Web Sites*”

(SMALL, R. V.; ARNONE, M. P. Make a PACT for Success: Designing Effective Information Presentations. Lanham: Scarecrow Press, 2002).

Pontue as questões abaixo, considerando a seguinte relação:

3 = concordo plenamente

2 = concordo parcialmente

1 = discordo parcialmente

0 = discordo totalmente

- ___ 1. As informações são precisas e imparciais (ou a parcialidade é apropriadamente identificada).
- ___ 2. O material informa links de outros sites relevantes ao assunto.
- ___ 3. As informações descritas no material estão escritas de forma interessante.
- ___ 4. As informações descritas no material parecem vigentes e atualizadas.
- ___ 5. O objetivo do material é claro.
- ___ 6. A variedade de formatos das informações (textos e imagens) apresentadas prendem minha atenção.
- ___ 7. Todas as informações no material são apresentadas usando linguagem clara e consistente, sem erros gramaticais.
- ___ 8. Não existe informação redundante ou informação sem importância no material.
-

Eu consideraria visitar uma Plataforma Virtual com este conteúdo? SIM

☐ NÃO ☐

Eu recomendaria uma Plataforma virtual que apresentasse este conteúdo para outros? ☐ SIM ☐ NÃO

Qual é a maior vantagem deste material? _____

O que precisa ser melhorado neste material? _____

APÊNDICE D – Roteiro Avaliativo para os estudantes de Fonoaudiologia

Questionário sobre o Desenvolvimento de Fala no bebê com Fissura Labiopalatina

Após preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responda as questões abaixo **indicando (V) para as afirmativas verdadeiras e (F) para as afirmativas falsas.**

Vamos lembrar 1 - Comunicação, audição, fala e linguagem!

25. A comunicação oral requer tanto a habilidade de expressão quanto a habilidade de compreensão. (V)

Vamos lembrar 2 - Desenvolvimento da fala do bebê nos primeiros 6 meses de vida.

26. É importante estabelecer contato com o bebê desde cedo, esse contato no início será através do toque e do olhar. Na idade de 0-6 meses é importante manter contato visual sempre próximo ao bebê, pois nessa idade o sistema visual do bebê ainda é limitado. (V)
27. Ao estabelecer contato com o bebê, os cuidadores esperam uma resposta, e o bebê pode responder aos estímulos recebidos por meio de sorrisos, caretas, choros e reações comportamentais como: esticar o corpo ou mexer algum membro do corpo, por exemplo, os braços e as pernas. (V)
28. O desenvolvimento de fala do bebê com fissura labiopalatina é igual ao dos bebês sem fissura labiopalatina. ()

Vamos lembrar 3 - Desenvolvimento dos bebês com Fissura Labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida

29. De uma forma geral, no Brasil, os bebês com Fissura Labiopalatina recebem a correção do lábio (queiloplastia) entre 3 e 6 meses de idade e a correção da fissura no palato (palatoplastia) ao redor dos 12 meses. ()
30. A melhor forma de prevenir alterações de fala nos bebês com FLP é estabelecer o quanto antes as condições anatômicas que permitam o desenvolvimento da fala e da audição como ocorre com outros bebês. Somente após o reparo da fissura é que os bebês passam a ter condições anatômicas para produzir todos os sons da fala sem dificuldades. ()
31. Os bebês com fissura no palato possuem duas condições exclusivas ao bebê com fissura que aumentam o risco de acúmulo de secreção na orelha: tuba auditiva mais horizontalizada e dificuldade para abrir e fechar a tuba auditiva (disfunção tubária). ()

32. A disfunção tubária (sempre presente no bebê com fissura no palato) pode prejudicar o desenvolvimento da audição da criança e conseqüentemente provocar um atraso ou uma alteração da fala. ()

33. A disfunção tubária não tem relação nenhuma com o funcionamento da musculatura do palato. Como o nome diz, se a disfunção é da tuba auditiva o acontece somente dentro da orelha. ()

Vamos lembrar 4 - Como ajudar no desenvolvimento da fala nos primeiros 6 meses de vida?

34. O bebê nos primeiros 6 meses de vida não presta muita atenção aos sons, portanto, falar com o bebê ou estimular o bebê a ouvir sons não ajudará o bebê a desenvolver a fala. ()

35. Os primeiros sinais de “fala” nos bebês envolvem gritos e produções de vogais (“aaa”). Conforme o bebê se desenvolve ele passa a se comunicar usando diferentes expressões faciais, como sorrisos e caretas, e também passa a fazer sons aleatórios usando entonação diferenciada e usando as vogais, são os famosos “gritinhos”. ()

Vamos lembrar 5 - Desenvolvimento da fala do bebê com fissura labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida

36. Bebês com fissura podem demorar um pouco mais para começar a fase do balbucio, uma vez que entre 3 e 6 meses de idade passam pela primeira cirurgia para a correção do lábio (queiloplastia). ()

37. O bebê com fissura labiopalatina deve ser “resguardado” para não ficar doente antes da cirurgia, portanto, a estimulação social do bebê, para desenvolver as habilidades de compreensão e expressão da língua não devem ser trabalhadas, pois o foco deve ser a saúde do bebê. ()

Vamos lembrar 6 - Desenvolvimento da fala do bebê dos 6 aos 12 meses de vida.

38. Entre os 6 e 12 meses de idade, o bebê começa a “balbuciar”, o balbucio no princípio é uma “brincadeira” na qual o bebê começa a fazer uso dos lábios e língua para produzir sons, e isto constitui uma importante etapa do desenvolvimento de fala. ()

Vamos lembrar 7 - Como estimular o desenvolvimento de fala do bebê de 6 a 12 meses?

39. Dos 6 aos 12 meses, o bebê já pode reconhecer pessoas, objetos, animais e alimentos. Uma forma de estimular o desenvolvimento da fala do bebê nessa idade é fazer perguntas como: “cadê o au-au?” e observar se o bebê olha ou aponta para o cachorro. A ideia ao fazer essa atividade é verificar se o bebê entende e atende a comandos simples de fala. ()
40. Na fase de 6 a 12 meses, o bebê amplia a comunicação usando a fala. Porém, como ele ainda é muito pequeno não é importante reconhecer as tentativas do bebê se comunicar produzindo sons. ()

Vamos lembrar 8 - Desenvolvimento do bebê com Fissura Labiopalatina entre 6 e 12 meses

41. Todos os bebês com fissura irão iniciar o balbucio na mesma época que os bebês sem fissura. ()
42. Enquanto a correção do palato (céu da boca) ainda não foi feita, um atraso no desenvolvimento da fala (mais especificamente do balbucio) acompanhado de um desenvolvimento normal da compressão é comum nos bebês com fissura labiopalatina. ()
43. Um atraso da produção de fala no bebê com fissura labiopalatina é melhor do que estimular a produção de fala atípica. Esta sugestão é baseada no pressuposto de que, um atraso da linguagem expressiva é mais fácil de corrigir do que um distúrbio de fala que envolve uso produções atípicas (que sempre requer fonoterapia). ()

Vamos lembrar 9 - O que fazer para estimular a comunicação oral antes da correção primária do palato (palatoplastia)?

44. Aprender a fazer os sons antes da palatoplastia é bem complicado para alguns bebês, sendo que os sons nasais são os mais difíceis para os bebês com fissura. ()
45. O bebê com FLP pode ter dificuldade para fazer plosão ou fricção, pois muito ar escapa pela fissura aberta, e assim alguns bebês pode desenvolver uma forma compensatória, porém atípica de produzir o som, conhecida como Articulação Compensatória. ()
46. A melhor forma de tratar as Articulações Compensatórias é imitar as produções atípicas do bebê, e em seguida dar o modelo certo. ()

- 47.** Para estimular a fala do bebê com FLP na fase em que o palato ainda está aberto é necessário introduzir palavras com sons plosivos e fricativos tentando estimular desde cedo a produção dos sons difíceis. ()
- 48.** Uma forma de estimular a comunicação oral do bebê com fissura labiopalatina antes da palatoplastia é através da brincadeira da oclusão de narina. ()

APÊNDICE E – Ficha de Identificação dos Estudantes de Fonoaudiologia

Participante # _____

Estudo sobre o conhecimento de Graduandos de Fonoaudiologia após acesso à mídia eletrônica sobre o Desenvolvimento de Fala em bebês com FLP

Ficha de Identificação1. **Idade:** _____2. **Gênero:**☐ Masculino ☐ Feminino3. **É seu primeiro ano no curso de Fonoaudiologia?**☐ Sim ☐ Não5. **Você já teve contato com alguém que possua Fissura Labiopalatina?**☐ Sim ☐ Não6. **Você já buscou informações sobre Fissura Labiopalatina anteriormente?**☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE F – Conteúdo do material “Desenvolvimento da Fala no bebê com FLP no primeiro ano de vida”

Desenvolvimento de Fala nos Bebês com Fissura Labiopalatina

Mensagem de Boas Vindas!

[Você gostaria de aprender sobre o desenvolvimento de fala no bebê que nasce com fissura labiopalatina?](#)

Bem Vindo!

Este material foi desenvolvido com um enfoque no desenvolvimento de fala do bebê que nasce com fissura labiopalatina. Ter você aqui indica seu interesse no desenvolvimento de fala de bebês com Fissura Labiopalatina (FLP)! Aqui podem ser encontrados textos, cartilhas e vídeos abordando o desenvolvimento de fala em crianças de 0 a 3 anos de idade.

Sabemos o quão importante é a fala como meio de comunicação, e sabemos o quanto o desenvolvimento de fala é uma preocupação para pais e cuidadores de bebês que nascem com fissura labiopalatina. Neste sentido, este material visa apresentar informações e sugestões sobre o que esperar, como estimular e como prevenir problemas de fala nestes bebês.

Necessidades do Bebê

Além de ter as mesmas necessidades do bebê sem fissura, na presença da FLP surgem algumas necessidades que são específicas do bebê que nasce com esta anomalia. Anomalia é uma palavra forte, pois lembra anormalidade, algo que não é normal e que é atípico. Algumas pessoas podem pensar que é uma doença. A fissura labiopalatina não é uma doença!

Ao descobrir que o bebê tem FLP, pais e familiares passam por momentos de muita angústia. A busca por informações adequadas e por uma equipe especializada para

o tratamento da fissura devem ser os primeiros passos no processo de gerenciamento da fissura.

Uma vez atendidas as necessidades dos primeiros cuidados do bebê com FLP, iniciada uma alimentação segura e saudável, e estabelecido o plano de tratamento, uma busca intensificada por respostas sobre o desenvolvimento do bebê surge durante a trajetória de crescimento. Neste momento aparecem dúvidas sobre o desenvolvimento da fala.

O que acontece com a fala?

As diferenças anatômicas presentes no bebê com FLP podem dificultar o desenvolvimento de fala. Alguns bebês podem desenvolver uma fala diferente, fanhosa (hipernasal) e difícil de entender (ininteligível). Enquanto a fissura não é corrigida todos os bebês podem apresentar alterações durante suas tentativas de produzir e também de entender a fala. Porém, após as primeiras cirurgias (cirurgias primárias) somente alguns bebês continuam a apresentar dificuldades e problemas para falar. Ou seja, mesmo após a correção do lábio (com a queiloplastia) e do céu da boca (com a palatoplastia) alguns bebês podem continuar com dificuldades para falar.

O objetivo deste material é esclarecer as diferenças quanto ao desenvolvimento de fala entre bebês com e sem fissura labiopalatina e apresentar algumas estratégias para estimular o desenvolvimento de fala, sem favorecer a produção dos erros que podem tornar a fala da criança com fissura labiopalatina mais difícil de entender.

Antes das cirurgias primárias é impossível impedir que os sons orais da fala saiam pelo nariz (sons orais são aqueles sons que deveriam sair apenas pela boca). É possível que o bebê com fissura que começa a falar durante o primeiro ano de vida “fale fanhoso” e alguns bebês além de falar “fanhoso” falam de uma forma “diferente”, que pode ser difícil de entender.

É possível observar que entre aqueles bebês que começam a produzir os sons da fala antes das cirurgias primárias, alguns aprendem a usar sons atípicos

(“diferentes”), isto é, sons que não são normalmente produzidos na boca, e sim na garganta.

Apesar de abordar vários assuntos relacionados à fissura labiopalatina, este material tem um enfoque bastante específico no desenvolvimento de fala. Este material visa proporcionar um melhor entendimento sobre essas produções atípicas, denominadas articulação compensatória (AC) ou ainda distúrbio articulatorio compensatório (DAC).

Para facilitar o entendimento do que ocorre com o bebê com fissura apresentamos os comportamentos apresentados pelos bebês sem fissura e, em seguida, salientamos o que ocorre de diferente nos bebês com fissura. Ou seja, além daquilo que já sabemos sobre como os bebês aprendem a falar, existem informações específicas para o bebê com Fissura Labiopalatina.

Vamos aprender essas diferenças?

Conteúdo deste material.

Neste material enfocamos informações sobre o primeiro ano de vida do bebê com fissura labiopalatina. *Tentamos antecipar e esclarecer dúvidas que podem surgir sobre como estimular o desenvolvimento da audição, fala e linguagem antes da correção cirúrgica primária da fissura.* Incluímos **LINKS ÚTEIS** onde apresentamos alguns sites com mais informações sobre a fissura labiopalatina.

Para melhor entender as sugestões apresentadas é importante aprender um pouco mais sobre a comunicação oral. Veja os materiais apresentados no módulo a seguir!

Comunicação, audição, fala e linguagem!

[O que sabemos sobre fala, audição e linguagem?](#)

Por que alguns bebês tem dificuldade ou atrasam para falar?

Para o desenvolvimento de fala da maneira típica (como acontece naturalmente com a maioria das pessoas), o bebê precisa escutar. Ou seja, o bebê que não escuta ou aquele que escuta menos pode precisar de ajuda para desenvolver a fala, ou pode desenvolver uma fala diferente e com alterações. O bebê que tem dificuldade para estabelecer vínculo com as demais pessoas (como em casos de autismo, por exemplo), ou que tem alterações cognitivas (como em algumas síndromes onde existe deficiência mental, por exemplo), ou que tem alterações motoras (como na paralisia cerebral, por exemplo), também pode apresentar dificuldades para desenvolver a fala.

Ou seja, as causas para um bebê não falar, falar tarde ou falar errado são muitas. A presença da FLP pode ser a causa de alterações ou de atraso no desenvolvimento da fala, principalmente quando a fissura vem acompanhada de outras condições, como síndromes por exemplo.

É importante diferenciar um atraso para o desenvolvimento da fala de distúrbios do desenvolvimento:

- a) Um atraso para falar, por um lado, implica na aquisição da fala num período mais tardio do que o esperado, ou seja, a fala é adquirida de maneira típica, porém mais tarde do que esperado para a idade. Um bebê com um atraso no desenvolvimento da fala começa a falar as primeiras palavras no terceiro ao invés do primeiro ano de vida, por exemplo.
- b) Por outro lado, o bebê que apresenta um distúrbio de desenvolvimento da fala (desvio, alteração, transtorno, desordem), também pode apresentar um atraso na aquisição da fala, mas além do atraso, a fala não se desenvolve de maneira típica, nem naturalmente.

O que acontece na presença da fissura?

Quando a fissura labiopalatina não é associada a outras anomalias ou a síndromes é raro encontrarmos distúrbios de fala e linguagem. Podemos encontrar com maior frequência o **atraso na aquisição da fala** particularmente na **habilidade de expressão** (o que a criança fala). No entanto, a habilidade de compreensão da fala (o que a criança entende) e o uso social adequado da linguagem, estão preservados. Além do atraso para o desenvolvimento das habilidades de expressão (atraso para falar), os bebês com FLP podem apresentar alterações de fala diretamente decorrentes da fissura!

Como ajudar para que o desenvolvimento da fala ocorra da melhor maneira possível?

Para evitar o atraso e prevenir alterações de fala, audição e linguagem é importante estimular o bebê para que ele desenvolva as habilidades de comunicação oral desde seu nascimento (alguns pais trabalham antes mesmo do nascimento!).

Olhe as demais abas apresentadas neste material, identificando o que pode ser feito em cada fase do desenvolvimento do bebê.

Para mais informações sobre a Fissura Labiopalatina, acesse o Informativo 1 – “Fissura Labiopalatina: do que estamos falando?” em “Materiais Complementares”.

Se tiver dúvidas e sugestões, você pode entrar em contato com os autores deste material, através da aba “Conheça os Autores”.

Sua opinião é importante já que este material foi feito pensando em favorecer seu entendimento sobre aquisição de fala no bebê com Fissura Labiopalatina!

A chegada do bebê com fissura

[Habilidades de fala nos primeiros 6 meses de vida.](#)

A chegada do bebê!

O primeiro contato do bebê normalmente é com os pais e cuidadores e este contato deve ser utilizado de forma positiva. Desde o nascimento é importante estar atento ao bebê, aproveitando toda oportunidade para conversar e interagir. Cada experiência ao trocar a fralda, amamentar, dar banho, e outras atividades rotineiras, são oportunidades para conversar com o bebê, estabelecendo contato com o olhar, o toque, e por meio da fala!

Como os bebês se comunicam nos primeiros 6 meses de vida?

Os pais e cuidadores estabelecem contato com o bebês através do olhar, porém com essa idade o sistema visual do bebê ainda é limitado, portanto só enxerga algum objeto ou alguém se estiver bem próximo a ele, por isso é importante estabelecer contato sempre próximo ao bebê. Outra forma de estabelecer contato com o bebê é através da fala e de leves toques no bebê, dessa forma poderá estabelecer-se uma forma de contato bem aceita por bebês dessa faixa etária.

Ao estabelecer contato com o bebê, os cuidadores esperam uma resposta, e o bebê pode responder aos estímulos recebidos, essa resposta pode ser através de sorrisos, caretas, choros e reações comportamentais como: esticar o corpo ou mexer algum membro do corpo, por exemplo, os braços e as pernas. Com o desenvolvimento o bebê passa a se comunicar usando diferentes expressões faciais, tais como sorriso e caretas, e também passa a fazer sons aleatórios com entonação (usando vogais), são os famosos “gritinhos” que os bebês dão, como “aaaa”, “eeee” e outros sons parecidos.

Os primeiros cuidados do bebê com Fissura

Todos os bebês despertam ansiedade e dúvidas em seus cuidadores: como alimentar, como trocar e dar banho, como entender por que o bebê chora tanto, estes são questionamentos comuns, particularmente entre pais de primeira viagem. Na presença da fissura os questionamentos aumentam e são ainda acompanhados por outros sentimentos, que podem dificultar o relacionamento com o bebê e entre os familiares. Os primeiros cuidados do bebê com fissura podem ser um pouquinho diferente dos demais bebês.

Buscar ajuda de profissionais especializados num [centro de referência](#) no tratamento da fissura labiopalatina é importante para o tratamento da fissura. Conversar com

pais de outros bebês com fissura labiopalatina para trocar ideias, dúvidas e falar dos sentimentos que fazem parte deste momento também pode ajudar.

Como acolher o bebê com Fissura?

O bebê, com ou sem fissura, precisa de atenção, cuidado e precisa ser inserido em sua família e em sua comunidade! Entender o que é a fissura e como ela acontece é mais fácil do que entender porquê a fissura ocorre. No início o assunto “*chegada de um bebê com fissura*” pode ser tratado com relutância e medo pelos familiares: “*será que podemos visitar? será que podemos ficar olhando o rostinho o bebê? será que os pais vão ficar incomodados se alguém perguntar sobre a abertura no lábio e no céu da boca? o que vão falar os outros quando virem que o bebê tem um ‘defeito’?*”.

Para os pais a ansiedade é ainda maior, pois além de lidar com esses questionamentos naturalmente presentes na chegada de um bebê, surgem muitas dúvidas e preocupações relacionadas à fissura: “*como o bebê vai conseguir mamar? será que vão “arrumar” a boca antes de o bebê ir para casa? como se trata isso? será que a fissura dói? se tem que fazer cirurgia será que o bebê corre risco de morrer? como vai ficar a cicatriz? será que o bebê vai ter problema mental? será que o bebê vai ser feliz? será que ele terá uma vida ‘normal’, casar e ter filhos? e seus filhos, terão fissura também?*”.

E aí começam os conselhos, os palpites, as opiniões. Todos sempre tentando ajudar, porém poucos apontando soluções. E às vezes aquela necessidade básica de todos os bebês de ser acolhido enquanto bebê, pode ficar de lado e se perder no meio de tanta angústia! Nesta hora é importante refletir sobre as coisas que as pessoas fazem quando os bebês chegam! Além dos primeiros cuidados, tem as visitas, fotografias, e perguntas sobre a nova rotina da família.

Como encontrar informações adequadas?

Acessar informações hoje é muito fácil. Discernir se são informações corretas e adequadas é bem complexo ao considerarmos este "mar" de dados, imagens e opiniões. Por isso, é tão importante encontrar ajuda de profissionais para esclarecer as dúvidas e iniciar o tratamento no tempo adequado.

O primeiro passo é buscar um [centros especializados](#) para o [tratamento da FLP](#).

Ao mesmo tempo é importante entender o que acontece de diferente com o bebê com FLP. Falar com pais de outros bebês com FLP também pode ajudar a superar as dificuldades com mais tranquilidade, principalmente para perceber que todas as dificuldades são superáveis, e os bebês podem sim crescer saudáveis com outros bebês!

Esse contato com outros pais pode ajudar prestando apoio, através da troca de depoimentos, informações e histórias. Muitas vezes este contato não precisa nem ser presencial! Muitos pais se reúnem virtualmente em redes sociais e web sites, formando grupos que dão apoio com troca de informações, experiências a respeito do bebê com fissura!

O blog “As Fissuradas”, particularmente, foi idealizado por uma mãe a partir da difícil experiência que ela e seus familiares vivenciaram ao descobrirem, no final da gestação, que o bebê nasceria com uma malformação. A primeira busca na internet aumentou ainda mais as preocupações e a chegada do bebê foi cercada de muita ansiedade e muitas dúvidas. Assim foi criada uma página própria “[As Fissuradas](#)” na web, a qual conta com atualização constante e tem o objetivo de oferecer um veículo para a troca de informações, experiências e histórias buscando criar uma grande rede de apoio entre os pais de crianças com fissura e outras anomalias da face.

Outro grupo de apoio aos pais de crianças com Fissura Labiopalatina é o projeto “[Luz do teu sorriso](#)”. Esse projeto surgiu a partir da dificuldade de pais em encontrar informações compreensíveis sobre o gerenciamento da FLP e encontrar uma equipe especializada para conduzir o tratamento prevenindo-se sequelas. O blog Luz do Teu Sorriso oferece um espaço online para troca de informações e experiências, seus participantes mantêm reuniões e encontros frequentes onde as

crianças e os pais podem interagir uns com os outros (piqueniques, eventos beneficentes, etc.). Os pais também participam de encontros nacionais de associações e outros grupos de pais de crianças com FLP, buscando inserir as necessidades da criança com FLP nas políticas nacionais de saúde e educação. Ou seja, com esta iniciativa criou-se uma grande rede de apoio e de referência a pais e cuidadores de crianças com FLP.

Um primeiro olhar nas diferenças!

O desenvolvimento de fala do bebê com FLP também pode ser um pouquinho diferente dos demais bebês, isto devido às diferenças anatômicas que a fissura causa. Estas diferenças (lábio e céu da boca abertos) podem dificultar a produção de alguns sons, e alguns bebês (não todos!) podem aprender a falar de um jeito diferente e difícil para entender. A melhor forma de prevenir alterações de fala nos bebês com FLP é estabelecer condições anatômicas que permitam o desenvolvimento da fala e da audição como ocorre com outros bebês. A correção cirúrgica da fissura logo nos primeiros anos de vida é um importante passo para que o desenvolvimento de fala ocorra de forma adequada.

Além das cirurgias primárias, é muito importante saber as diferenças no desenvolvimento de fala do bebê com FLP, para que assim, conhecendo-se as dificuldades e limitações devido a fissura, possam ser desenvolvidas estratégias que minimizem o impacto da FLP no desenvolvimento de fala do bebê.

Para isso, precisamos conhecer como é o desenvolvimento de fala do bebê, quais os processos que influenciam esse desenvolvimento, como os bebês se comunicam desde os primeiros meses, e quais são as diferenças encontradas nos bebês com FLP.

Os primeiros meses envolvem muitos ajustes para o bebê e familiares. O bebê aprende a se alimentar mesmo antes das cirurgias, enquanto os familiares aprendem a lidar com o bebê com FLP, e uma das primeiras dúvidas é se o bebê vai conseguir mamar.

Outra dúvida bastante comum é se o bebê vai conseguir falar, e é esse o objetivo desse material, esclarecer essas dúvidas ao mostrar que o bebê com fissura vai desenvolver a fala sim! Mesmo que com algumas diferenças, devido às condições causadas pela presença da FLP, o bebê com fissura irá desenvolver a fala, porém a fissura terá um impacto na forma como esse desenvolvimento ocorrerá! Por isso, ao lidarmos com o bebê com FLP, precisamos saber quais são as condições causadas pela fissura e seu impacto no desenvolvimento da fala.

Desenvolvimento do bebê com Fissura Labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida

Diferenças no desenvolvimento do bebê com fissura labiopalatina.

A Primeira Cirurgia: Correção da Fissura do Lábio (queiloplastia)

No Brasil, muitos bebês recebem a primeira cirurgia entre 3 e 6 meses de idade. Nesta fase ocorre a correção do lábio (queiloplastia), que pode ser acompanhada

também da correção de uma parte da gengiva. Alguns bebês, em algumas situações, também podem receber a palatoplastia nesta idade, geralmente para corrigir parte do céu da boca (palato). De uma forma geral, no entanto, a correção da fissura no palato ocorre ao redor dos 12 meses, ou entre 12 e 18 meses.

Esta é uma fase de emoções fortes e de muita preocupação, a qual envolve o preparo do bebê, que precisa estar saudável para ser operado. Se o bebê chegar ao hospital sem as condições de saúde adequadas, o risco de problemas durante e após a cirurgia aumenta, e a cirurgia pode ser suspensa, e o tratamento pode atrasar.

Uma cirurgia envolve anestesia, cortes, pontos, dor, e muitas mudanças na rotina dos pais, familiares e do bebê. Por outro lado, toda cirurgia envolve a oportunidade de corrigir uma condição que precisa de reparo, o bebê nunca mais será o mesmo. A primeira cirurgia muda a face do bebê e pode significar um aumento do convívio social.

Apesar de a primeira cirurgia mudar a face do bebê, na maioria dos casos o céu da boca (ou parte do céu da boca) continua aberto pelo menos até o final do primeiro ano de vida, quando ocorre a segunda cirurgia, que é para o fechamento da fissura no palato (palatoplastia), essa cirurgia ocorre, na maioria das vezes, no final do primeiro ano (até 12 meses, ou entre 12 e 18 meses). Somente após a cirurgia de reparo do palato (palatoplastia) bem sucedida, é que os bebês passam a ter condições anatômicas para produzir todos os sons da fala sem dificuldades!

Nestes meses iniciais, cabe aos pais, portanto, a busca por um tratamento especializado, para que assim se inicie o processo, quanto antes iniciar o tratamento, melhor! É importante ainda, que os pais estejam engajados no tratamento, ou seja, sigam as orientações que recebem, e participem ativamente do processo do tratamento e reabilitação do bebê com FLP, mais importante do que todos os profissionais envolvidos, é também a participação e comprometimento da família durante todo o processo do tratamento do bebê com fissura!

Paralelo à busca por uma equipe especializada no tratamento da fissura, ao ajuste da rotina para atender as necessidades do bebê com fissura e à atenção das

habilidades de comunicação, **o enfoque neste momento deve ser a saúde do bebê e o preparo do mesmo para a sua primeira cirurgia!**

A Audição do bebê com FLP

Nos bebês com FLP é muito comum a ocorrência de Otite Média, ou a presença de secreção dentro da orelha (mesmo sem inflamação). Essa situação é diretamente associada a um mau funcionamento da tuba auditiva, condição esta conhecida como **disfunção tubária**.

Para entendermos a disfunção tubária e seus efeitos no desenvolvimento da fala do bebê, precisamos primeiro entender o que é a tuba auditiva e sua importância!

A tuba auditiva (ou Trompa de Eustáquio) é um conduto (canal) que comunica a orelha com a faringe (garganta), mais especificamente com a nasofaringe (garganta na altura do nariz). Durante a maior parte do tempo esse canal permanece fechado, e sua principal função é equilibrar a pressão do ar dentro da orelha. A tuba auditiva também tem o papel de impedir que secreções, ou alimentos, passem da garganta para dentro da orelha, e por isso ela permanece fechada, abrindo para troca de ar quando engolimos ou bocejamos.

Você já teve a sensação de orelha cheia e alguém falou para você “*mastigar chicletes*” para melhorar? Quando mastigamos nós engolimos a saliva várias vezes, e a cada vez que engolimos a tuba abre e equaliza a pressão dentro da orelha, com a pressão fora da orelha (pressão atmosférica). No bebê que nasce com fissura labiopalatina, a tuba auditiva funciona de forma diferente desde antes do nascimento.

Dois músculos que fazem parte do palato mole, o tensor e o elevador do véu palatino, estão envolvidos na abertura da tuba auditiva. Isto é, sempre que engolimos ou bocejamos estes músculos se contraem, e como eles estão inseridos (grudados) na tuba eles acionam sua abertura ao se contraírem. No bebê com fissura no palato estes dois músculos não funcionam como nos outros bebês, pois eles não estão numa posição que permite o funcionamento adequado. Para que o

mecanismo de abertura da tuba passe a funcionar, o palato mole (parte de trás do céu da boca) precisa ser reconstruído durante a palatoplastia primária (primeira cirurgia no palato). A palatoplastia primária para correção do palato mole geralmente é feita no final do primeiro ano de vida (ao redor dos 12 meses, ou entre 12 e 18 meses).

A imagem abaixo mostra a anatomia da orelha por dentro da cabeça, e ilustra a tuba auditiva e a orelha média. **Localize na imagem** a área da orelha média e a tuba auditiva:

Quando a pressão dentro da orelha média é negativa em relação à pressão fora da orelha, a orelha média pode se encher de secreção, dificultando a transmissão do som e se tornando um foco para infecções e inflamações. Outra dificuldade que acaba facilitando o acúmulo de secreção na orelha é a posição da tuba auditiva nos bebês. Quando o bebê nasce, a anatomia da tuba auditiva é um pouco mais horizontalizada (deitada) do que no adulto (como podemos ver na imagem abaixo), e isto pode facilitar a entrada de líquidos e outras secreções na orelha média.

O bebê com FLP, portanto, tem a tuba auditiva horizontalizada (o que é comum a todos os bebês), e tem também um problema para abrir e fechar a tuba auditiva (disfunção tubária), uma vez que a musculatura do palato não tem como funcionar adequadamente antes da cirurgia. Estas duas condições aumentam o risco de acúmulo de secreção dentro da orelha no bebê com FLP.

Os bebês com fissura no palato correm um risco maior, do que os bebês sem fissura, de apresentar acúmulo de secreção na orelha média o que pode ocasionar a otite média (infecção na orelha). O acúmulo de secreção geralmente não ocasiona dor, apenas desconforto, porém a inflamação da orelha média (otite) é associada a muita dor! Dor de ouvido é comum em bebês com fissura no palato.

Além de prestar atenção aos sinais de acúmulo de secreção ou de infecção na orelha média, os cuidadores são orientados a não amamentarem o bebê deitado, pois isso acaba facilitando com que o leite entre na orelha média, devido à posição mais horizontalizada da tuba auditiva. É importante buscar a posição ideal para amamentar o bebê! De um modo geral, a criança pode ficar semissentada e nunca deitada, como mostra a figura abaixo:

Como a disfunção tubária pode afetar a fala?

A presença de secreção na orelha pode acarretar dificuldades para a transmissão do som, levando à uma flutuação na detecção dos sons da fala. Isto é, a habilidade do bebê perceber e entender a fala pode piorar de acordo com a presença de secreção ou inflamação dentro da orelha. Como o bebê depende da audição para ouvir os sons, compreender, e desenvolver a fala, a disfunção tubária (sempre presente no bebê com fissura no palato) pode prejudicar o desenvolvimento da audição da criança e consequentemente provocar um atraso ou uma alteração da fala.

Após a cirurgia para corrigir o palato (palatoplastia), a movimentação da tuba auditiva tende a melhorar, porém, em muitos casos, as alterações de orelha podem persistir por muitos anos, mesmo após a cirurgia, acarretando comprometimento da audição, e influenciando na aquisição e desenvolvimento da fala.

Por isso, é importante sempre estar atento à orelha e a audição do bebê desde o seu nascimento, e se tiver alguma dúvida, consulte o Médico e o Fonoaudiólogo.

O "problema" que não se vê!

Alguns bebês podem apresentar fluído na orelha sem apresentar inflamação!

Nos casos de presença de fluído sem inflamação, pode não ocorrer febre e nem choro! No entanto, ao notar que o bebê toca a orelha com frequência, que está mais irritado, agitado, e que não reage aos sons como estava reagindo antes, procure o Médico e o Fonoaudiólogo para verificar se a orelha não está cheia de secreção.

Uma forma de verificar a audição e o funcionamento do sistema auditivo logo após o nascimento é por meio do **Teste da Orelhinha!** Este teste é um exame simples para saber se está tudo bem com a audição do bebê! O teste é realizado por meio de um aparelho eletrônico que permite ao fonoaudiólogo verificar se a criança ouve como esperado logo ao nascimento.

Lembre-se: quanto mais cedo for identificado um problema, melhor! Portanto, caso seja confirmado um problema na orelha do bebê, busque ajuda especializada!

No caso do bebê com fissura no palato é importante manter consultas periódicas com o otorrinolaringologista e o fonoaudiólogo, de preferência especialistas no tratamento de fissuras!

Sinais de secreção ou inflamação na orelha

Secreção, ou inflamações na orelha, podem ser constantes no bebê com fissura, particularmente nos 2 primeiros anos de vida da criança. Por isso, precisamos ficar atentos aos sinais de “orelha cheia de secreção”, ou de inflamação na orelha, já que estas condições podem prejudicar a audição e comprometer o desenvolvimento de fala. Alguns sinais de que o bebê está com secreção e/ou inflamação na orelha incluem:

Choro intenso: a dor pode fazer com que o bebê chore e leve a mão às orelhas constantemente;

Mudanças no apetite ou no sono: o bebê pode se recusar a mamar, ficar “manhoso”, pode começar a mamar e logo parar, o bebê pode ter dificuldade para dormir ou ter um sono muito curto entrecortado por períodos de muito choro, geralmente devido a dor associada à inflamação;

Agitação e irritabilidade: o bebê pode ficar mais agitado e irritado, e deixar de fazer coisas que costuma fazer, pode acalmar somente no colo e em certas posições, e por breves períodos de tempo;

Fluídos saindo pelos ouvidos: a orelha pode começar a “vazar” durante uma inflamação (otite média), e nestes casos você vai notar uma “aguinha” saindo da orelha;

Dificuldade para ouvir: embora o bebê ainda se encontre em uma fase onde a audição ainda está em desenvolvimento, na presença de secreção na orelha, ou de inflamação, o bebê pode passar a responder menos aos estímulos auditivos. É importante observar, por exemplo, se o bebê antes interagía mais com as pessoas e apresentava maior atenção aos sons e, de repente este comportamento diminuiu! Diminuição da reação aos sons ou estímulos de fala pode ser um sinal de diminuição da audição!

Febre: o bebê pode apresentar febre devido ao processo inflamatório da orelha;

Vômito-Náusea: todo bebê regurgita alimento, porém, se houver um aumento do vômito associado à febre, o bebê pode estar com náusea devido à inflamação na orelha.

Se o bebê apresentar um ou mais dos sintomas acima descritos, procure um médico e relate o que está ocorrendo. No caso de uma inflamação na orelha um tratamento deve ser iniciado o quanto antes! **No caso do bebê com fissura de palato, é importante manter consultas periódicas com o Otorrinolaringologista e o Fonoaudiólogo, de preferência especializados no tratamento de fissuras.**

Como ajudar no desenvolvimento da fala nos primeiros 6 meses de vida?

O que os pais e familiares fazem para estimular o bebê a falar?

Brinque, converse, mostre, interaja com o bebê!

Nos meses iniciais é importante utilizar todas as tarefas do dia-a-dia como uma forma de brincar, e ao mesmo tempo estimular o desenvolvimento da comunicação no bebê. A melhor estratégia nestes primeiros meses é estimular o desenvolvimento dos sentidos do bebê: tato, visão, olfato, audição e o paladar. Podemos fazer isso naturalmente, durante as atividades do dia-a-dia!

É muito importante identificar a melhor hora para “brincar” com o bebê, já que não adianta “forçar” a brincadeira enquanto o bebê está sonolento ou com desconforto, é importante engajar a atenção do bebê na brincadeira, de forma a estimulá-lo de forma positiva, sem cansá-lo ou deixá-lo irritado!

Nos meses iniciais o bebê pode demorar a responder aos estímulos que recebe, ou até mesmo não responder sempre, mas aos poucos ele vai passar mais tempo acordado, vai ficando mais atento e passa a interagir mais.

Brinque de “Olhe lá”

Aponte para objetos e coisas, como partes do corpo, por exemplo, enquanto fala durante as trocas de fralda, banhos e alimentação. Essas atividades diárias irão ajudar o bebê a perceber as coisas a sua volta, criando nele a necessidade de interagir com o mundo!

Cante!

Solte sua voz! Não importa se você é afinado, o bebê não sabe o que é ser afinado ou não! Cante músicas infantis durante o tempo que estiverem no carro e durante o banho, por exemplo. Cante canções de ninar para ele dormir. Aprenda músicas criativas, que falem sobre as partes do corpo, sobre pessoas ou objetos que ele vê em sua rotina.

A música é parte essencial do desenvolvimento infantil! Ao ouvir você cantar o bebê passa reconhecer diferentes estímulos sonoros. Quanto mais sons o bebê ouvir mais interessado ele vai ficar em reproduzir o que ele ouve!

Toque o bebê!

Aproveite as atividades diárias, como trocar a fralda, dar banho e amamentar, para tocar o bebê enquanto fala ou canta! Todo momento é uma oportunidade para você interagir com o bebê! Nos primeiros meses os bebês estão muito ligados ao toque,

portanto, toque o bebê, demonstre carinho e afeto através do toque! O bebê usa muito o toque para explorar o mundo!

Nos primeiros meses o bebê parece dormir o tempo todo, e quando não está dormindo está comendo, tomando banho ou trocando a fralda. Porém, ele está observando e sentindo tudo que ocorre ao seu redor, por mais que pareça que não! Portanto, toque o bebê!

Responda as tentativas de “fala” do bebê!

Os primeiros sinais de “fala” envolvem gritos e produções de vogais (“aaa”). Conforme se desenvolve o bebê passa a se comunicar usando diferentes expressões faciais, com sorrisos e caretas, e também passa a fazer sons aleatórios com entonação usando as vogais, são os famosos “gritinhos”.

É importante responder as produções que o bebê faz! Quando o bebê sorrir ou emitir algum som, dê atenção, converse com ele, responda ao som ou expressão que o bebê apresentou. Estabeleça um diálogo, fale com o bebê, porém, sempre dê um tempo para que ele responda ao estímulo que recebeu! Ou seja, o bebê irá “falar” através de algum som ou expressão, e em seguida você responde falando com ele, dê um tempo para que o bebê “fale” novamente. Dessa forma busca-se estabelecer o ritmo de uma “conversa” com o bebê, onde há troca de turno entre os “dois falantes” isto é, você e o bebê!

Se você falar o tempo todo, sem oferecer momentos de silêncio, o bebê pode entender que a função dele em uma conversa é apenas escutar! Estabeleça a troca

de turno! Às vezes vai ocorrer apenas o “silêncio” nos momentos em que você parar de falar, porém, aos poucos o bebê percebe que as pessoas reagem positivamente quando ele “fala”, e começam a “falar” mais.

Observe como o bebê reage aos sons

Quando um barulho alto é feito ao lado do bebê observe se ele se assusta, ou se ele acorda, caso estiver dormindo. É muito importante manter um cuidado especial com o desenvolvimento da audição; observe sempre: o bebê ouve e reage aos sons e a fala?

Lembre-se que na Fissura Labiopalatina (FLP) é comum que os bebês apresentem secreção dentro da orelha. A secreção dentro da orelha pode abafar (reduzir) a fala, prejudicando o desenvolvimento da percepção dos sons da fala. Para aprender a falar naturalmente (sem o apoio de amplificação e de terapia) o bebê precisa ouvir bem.

Estimule a habilidade de ouvir do bebê!

Nesta fase, chame a atenção do bebê para os sons da fala e para os ruídos cotidianos! Por exemplo, quando estiver em casa chame a atenção do bebê para os sons do dia-a-dia, como o barulho do aspirador de pó, do telefone, do carro ligar, de uma tampa de panela caindo, e quando ocorrer o ruído, fale sobre ele: "Que barulho é esse?". Em seguida, mostre de onde veio o barulho, ligando e desligando o

aspirador, por exemplo. Você também pode fazer isso com brinquedos que fazem barulho, com instrumentos musicais, TV, rádio, e outras fontes de som.

As brincadeiras para estimular o desenvolvimento do bebê não podem ser forçadas nem gerar desconforto! Cada bebê é diferente do outro, portanto, conheça o bebê! Saiba aproveitar os momentos do dia em que o bebê estiver mais aberto às experiências (brincadeiras), e busque interagir mais nestes momentos, gerando momentos de prazer e não de tensão ou irritação.

E quando ficar preocupado com a comunicação?

Alguns sinais que apontam dificuldades do bebê em interagir nesta fase:

Alguns sinais que apontam dificuldades do bebê em interagir nesta fase:

Nesta fase, se você perceber que o bebê não reage, reage pouco, ou reage com desconforto sempre que você tenta tocar, conversar, ou brincar com ele, isso pode ser um sinal de dificuldade para interagir e para a comunicação.

Claro que nem sempre o bebê irá responder da mesma forma. Ele pode estar cansado ou com fome e é muito importante que você saiba reconhecer essas situações, respeitando as necessidades do bebê. **Porém, se o bebê sempre demonstra falta de atenção, falta de interesse ou mesmo desconforto quando você tenta interagir com ele, procure o Pediatra e o Fonoaudiólogo para uma avaliação do desenvolvimento do bebê.** Manter um diário anotando todos os

comportamentos que acontecem com frequência, pode ajudar a verificar se a falta de atenção e de interesse é consistente, e se você precisa procurar ajuda.

Desenvolvimento da fala do bebê com fissura labiopalatina nos primeiros 6 meses de vida

[Particularidades do desenvolvimento do bebê com Fissura que podem influenciar o desenvolvimento da fala.](#)

O desenvolvimento da comunicação oral em bebês com FLP entre 0 a 6 meses de idade.

Bebês com fissura podem demorar um pouco mais para começar a fase do balbucio, uma vez que entre 3 e 6 meses de idade passam pela primeira cirurgia para a correção do lábio (queiloplastia).

Antes da cirurgia o bebê é “muito cuidado” para não ficar doente, já que uma enfermidade nesta idade pode atrasar o tratamento, isto pode, em alguns casos, diminuir os passeios e saídas do bebê, diminuindo assim o número de interações com outras pessoas. No entanto, isto não deve afetar a estimulação social do bebê, de forma que o mesmo esteja continuamente desenvolvendo as habilidades de compreensão e expressão da língua. Portanto, mesmo que o bebê seja “resguardado” para não ficar doente antes da cirurgia, a estimulação em casa deve ser a mesma que seria proporcionada para o bebê sem fissura, com algumas modificações que serão sugeridas adiante!

Imediatamente após a cirurgia vem outro período difícil, pois o bebê sente dor e se alimenta de maneira diferente da qual estava acostumado. É comum o uso de imobilizador dos braços para que o bebê não coloque as mãos nos pontos, o que pode irritar muito a criança.

Apesar da rotina do bebê ir aos poucos voltando ao normal após a cirurgia, existem os retornos ao médico e avaliações de vários profissionais para consulta pós-cirúrgica, e pode ainda ocorrer inflamação da área cirúrgica, o que acarreta febre, desconforto e mais dor.

Com o bebê agitado e irritado não é possível manter o mesmo ritmo de estimulação. Insistir pode tornar as brincadeiras um estímulo negativo. No entanto, assim que o desconforto passa e o bebê volta a sua rotina diária, é comum voltarmos a observar as vocalizações, os famosos “gritinhos”, que os bebês fazem. E ao reestabelecermos as brincadeiras e conversas, pouco a pouco o bebê volta ao ritmo e passa novamente a prestar atenção na comunicação oral.

Algumas formas de interagir com o bebê podem ser diferentes entre pais e cuidadores, e o bebê com FLP necessita de alguns cuidados especiais, além daqueles cuidados para o desenvolvimento do bebê comum a todos os bebês (com ou sem FLP). Portanto, sabendo desses cuidados específicos do bebê com fissura, principalmente relacionados aos primeiros cuidados e cirurgias, é importante sempre continuar a estimular a comunicação do bebê com FLP.

Desenvolvimento da fala do bebê dos 6 aos 12 meses de vida.

[Habilidades de fala dos 6 aos 12 meses de vida.](#)

Como bebês se comunicam de 6 a 12 MESES

Várias mudanças nas habilidades de comunicação ocorrem na fase entre 6 e 12 meses. Nesta idade os bebês começam a explorar ainda mais os sons, ampliando a produção que antes envolvia gritinhos (geralmente com vogais como “aaa” e, às vezes “angu”), para usar com mais frequência algumas consoantes associadas a vogais, como “ma”, “ba”, “pa”, “da”.

O bebê passa a repetir suas produções várias vezes, por exemplo, o que antes era só “ma” agora ele fica falando repetidamente, como “mamama”, chamamos isso de balbucio. O balbucio no princípio é uma “brincadeira” que o bebê começa a fazer usando lábios e língua, e isto constitui uma importante etapa do desenvolvimento de fala!

Desenvolvimento do bebê com Fissura Labiopalatina entre 6 e 12 meses.

[O que acontece no bebê com FLP entre 6 e 12 meses?](#)

O desenvolvimento do bebê com Fissura Labiopalatina entre 6 e 12 meses.

Apesar do bebê com fissura estar atento ao que é falado e aos sons que ocorrem ao redor dele, ele pode iniciar o balbucio um pouco mais tarde do que o bebê sem fissura. Ou seja, as habilidades de compreensão costumam ocorrer na mesma fase dos bebês sem fissura, porém, é comum ocorrer um atraso nas habilidades de expressão. A compreensão do que os adultos falam, e de como falam, se desenvolve mais rápido do que as habilidades para falar.

Enquanto a correção do palato (céu da boca) ainda não foi feita (normalmente é realizada no primeiro ano de vida), um atraso no desenvolvimento da fala (mais especificamente do balbucio) acompanhado de um desenvolvimento normal da compressão (para a idade), pode ser observado nos bebês com fissura labiopalatina, e não deve ser motivo de preocupação (desde que as habilidades de compreensão estejam se desenvolvendo normalmente!).

A fala do bebê com Fissura Labiopalatina dos 6 aos 12 meses.

Alguns pais reportam a seguinte situação: “O bebê da nossa vizinha tem 6 meses de idade e já fala ‘mamama, papapa, dadada’ e o nosso bebê só dá gritinhos. Será que ele não vai falar por causa da fissura?”

É importante lembrar que:

- 1) Todos os bebês com fissura no palato mole apresentam disfunção tubária (que pode afetar o desenvolvimento da fala);
- 2) A fase de preparo para a cirurgia, da realização da cirurgia e o período pós-cirúrgico, assim como a hospitalização, podem interferir temporariamente na estimulação que o bebê recebe para a comunicação oral, e na vontade que o bebê tem para interagir;
- 3) O fato de o bebê começar o desenvolvimento da fala enquanto ainda está com o palato aberto, dificulta a produção dos sons orais, principalmente das consoantes que precisam de mais pressão na boca;

Apesar destas limitações alguns bebês com fissura seguem as etapas esperadas para os bebês sem fissura e tentam balbuciar “mamama, papapa, dadada” (e mesmo outras produções) na idade esperada. Outros seguem um curso mais lento, enfocando mais a compreensão do que é falado, e apresentando produções de fala mais limitadas. Essas diferenças, com relação à idade do início do balbucio, ocorrem também em bebês sem fissura! Outros falam mais tarde, porém, não necessariamente vão ter um problema específico que justifique esse atraso; por isso é tão difícil decidir quando procurar ajuda e quando é necessário intervenção terapêutica!

No período entre 6 e 12 meses de idade as brincadeiras para estimular a comunicação oral devem continuar com enfoque na compreensão da fala e com um cuidado especial em como estimular a produção da fala (expressão).

No primeiro ano de vida (particularmente antes da correção do céu da boca) é importante não promover a produção da fala atípica. Fala atípica, nos bebês com FLP, é aquela que envolve sons produzidos fora da boca (na garganta ou na laringe). **Neste sentido um atraso da produção (até a realização da palatoplastia) é melhor do que estimular a produção de fala atípica.** Esta sugestão é baseada no pressuposto de que, um atraso da linguagem expressiva é mais fácil de corrigir do que um distúrbio de fala que envolve uso produções atípicas (que sempre requer fonoterapia).

Toda criança fala errado num determinado momento de seu desenvolvimento. Um erro na produção de fala passa a ser um problema (uma alteração) quando ele persiste ao longo do crescimento da criança.

As produções atípicas relacionadas à fissura são diferentes das alterações de fala de caráter desenvolvimental. Em alguns bebês com fissura labiopalatina, além dos erros desenvolvimentais, podem ocorrer produções atípicas de fala, as quais podem ter um impacto grande na inteligibilidade de fala podendo ainda ser resistentes ao tratamento fonoterapêutico. As produções atípicas envolvem o uso de sons produzidos na garganta (faringe e laringe) e não na boca, e essas produções não são comuns na nossa língua.

Estimular alguns bebês com fissura labiopalatina a falar sons orais da fala, quando ele ainda está com a fissura no palato aberta, pode acarretar o desenvolvimento destas produções atípicas, conhecidas como **Articulação Compensatória**. As articulações compensatórias na FLP envolvem erros de produção consonantal que são indesejados, muito difíceis de corrigir, e quando o bebê usa articulação compensatória sua fala fica difícil de entender.

Como estimular o desenvolvimento de fala do bebê de 6 a 12 meses?

[O que os pais e familiares fazem para estimular o bebê a falar dos 6 aos 12 meses de vida?](#)

Estimule a forma como o bebê reage e responde aos sons e a fala!

Podemos observar e estimular a forma como o bebê reage e responde aos sons e a fala. Por exemplo, ao falarmos tchau para alguém podemos associar o gesto de “balançar a mão acenando tchau”. Após fazer isso repetidas vezes, podemos estimular o bebê a fazer o mesmo, dizendo “dá tchau”. Nesta fase o bebê deve começar a responder comandos simples: dar tchau, dar beijo, mostrar o pé ou a mão, mostrar ou pegar um brinquedo, olhar para alguém. Mesmo na presença da disfunção tubária e otites, o bebê precisa responder a comandos simples!

No período dos 6 aos 12 meses, o bebê já pode reconhecer pessoas, objetos, animais e alimentos. Pergunte: “cadê o au-au?” e veja se o bebê olha para o cachorro, ou se aponta um cachorro ou se pega um bichinho (de preferência um cachorro). Escolha as perguntas cuidadosamente, será mais fácil ele responder quando você pedir para ele “pegar a bola”, do que se você pedir para ele “dar a bola” para você! O bebê pode até estender a mão com a bola (ou outro objeto), mas não vai soltar.

A ideia ao fazer essa atividade é verificar se ele entende e atende a comandos simples! Por exemplo, é difícil um bebê de 12 meses não mostrar agitação ou levantar os braços se você perguntar se ele quer passear! Se ele responde bem a um comando, aumente a demanda, combinando dois comandos: “pega o sapato e dá pra mamãe”. Porém, se o bebê ainda não atende a um único comando (“cadê o sapato?”), vai ser complicado atender a dois! Portanto, simplifique! Ajuste o comando ao que o bebê consegue fazer, sempre estimulando para que ele evolua para a etapa seguinte.

Leia para o bebê!

Pegue livros com poucas imagens e leia para ele apontando as figuras e nomeando-as. Por exemplo, pegue um livro com figuras de animais, aponte para a vaca falando “olhe a vaca”, “a vaca faz mumumu”! Dê tempo para que o bebê veja o que você

está mostrando, não tenha pressa, permita que o bebê toque o livro e se interesse pelas figuras!

Ao trocar, dar banho, alimentar o bebê, conte o que está fazendo!

Associe o que você faz com uma conversa sobre o que estiver fazendo. Repita diariamente as ações e as conversas, sempre dando um tempo para que o bebê responda, porém, não espere uma resposta falada! A resposta pode ser um sorriso, uma agitação dos braços, um olhar! O importante é que o bebê demonstre estar entendendo, e que ele aprenda que comunicação envolve troca de turno: o adulto faz ou fala algo e, em seguida é a vez do bebê fazer, ou falar algo.

Tente prolongar a “conversa” com o bebê!

Reconheça as tentativas do bebê se comunicar de forma positiva! Sorria para o bebê quando ele fizer algum som, ou tentar falar alguma coisa. Mostre que você está interessado, e que está tentando entender o que ele quer dizer!

O que fazer para estimular a comunicação oral antes da correção primária do palato (palatoplastia)?

[O que fazer para estimular a comunicação oral do bebê com Fissura Labiopalatina ANTES da correção primária do palato?](#)

A comunicação oral ANTES da correção primária do palato (palatoplastia)?

Sabemos que no período entre 6 e 12 meses de idade é esperado que os bebês, com e sem fissura, passem a explorar ainda mais os sons, ampliando a produção que antes envolvia gritinhos (“aaa” e às vezes “angu”) e uso de consoantes associadas a vogais, como “ma”, “ba”, “pa”, para a produção do balbúcio e das primeiras palavras. Para alguns bebês produzir os sons orais pode ser muito difícil enquanto a fissura ainda estiver aberta.

Por que é difícil fazer sons orais com a fissura aberta (ou quando ocorre fístula ou disfunção velofaríngea após a cirurgia)?

Nós produzimos a fala através do ar que vem dos pulmões, o qual passa pelas pregas vocais e, ao chegar à boca é transformado nas diferentes vogais e consoantes da língua. Nós moldamos o ar em sons usando língua, lábios, dentes e o

palato. Os sons são combinados formando sílabas, as sílabas são combinadas formando palavras e as palavras são combinadas formando frases.

O bebê com fissura começa a aprender a fazer vários sons da fala mesmo com a fissura aberta (antes da palatoplastia). Para entender o que ocorre na produção dos sons nos bebês com FLP podemos associar a boca e o nariz a uma casa de dois andares! Nesta casa o palato (céu da boca) serve como “assoalho” para o andar de cima, e “teto” para o andar de baixo (como nas figuras que seguem abaixo). A parte de trás do palato (palato mole) trabalha como se fosse uma porta (um alçapão), abrindo e fechando, de forma a conectar ou separar o nariz da boca. Produzimos alguns sons com a porta aberta (nariz e boca conectados), e outros sons com a porta fechada (nariz e boca separados).

1 A

1 B

Os sons feitos com a porta aberta são denominados sons nasais porque saem pelo nariz. Veja a figura da casa e da cabeça as quais ilustram a “porta aberta” para produzir corretamente as consoantes nasais que são “m, n, nh”, onde o ar irá circular na boca, no nariz e na garganta.

2 A

2 B

Os sons feitos com a porta fechada são denominados sons orais, e saem somente pela boca. Veja a figura da casa e da cabeça, as quais ilustram a “porta fechada” e a condição necessária para produzir corretamente todas as demais consoantes da língua (“p,t,k,b,d,g,f,s,ch,x,v,s,j,r,l”).

Note as diferenças entre as figuras! Na figura 2 B o ar (setas amarelas) só circula na boca e parte da garganta (sons orais), diferente da figura 1 B onde o ar circula também pelo nariz (sons nasais).

No bebê com fissura no palato, a estrutura que separa a boca do nariz (palato) precisa ser reconstruída pela cirurgia. É como se a casa tivesse a estrutura para dois andares, mas sem o “ assoalho ” do segundo andar, ou o “teto” do primeiro, **como na figura abaixo (3):**

Aprender a fazer os sons orais (aqueles que precisam da “porta fechada”) antes da palatoplastia é bem complicado para alguns bebês. Os sons orais, mais difíceis para os bebês com fissura, são aqueles que envolvem explosão (sons plosivos), como o “p” de “papai”, e aqueles que envolvem assobio/fricção (sons fricativos), como o “s” de “saiu”. Portanto, o bebê com FLP apresenta muita dificuldade para fazer plosão ou fricção pois muito ar escapa pela fissura aberta e assim o bebê pode desenvolver uma forma compensatória, porém atípica, de produzir o som. Ao invés de fazer o som na boca, como fazemos ao juntar os lábios para falar o “p” de papai, o bebê pode fazer o “p” na garganta, usando um “soquinho” (golpe de glote).

O que são Articulações Compensatórias?

Os sons feitos na garganta são conhecidos por **Articulação Compensatória (ou erros de produção consonantal pós-uvular)**, e não são típicos na língua. Conforme o bebê recebe reforço do meio nos momentos em que produz a articulação compensatória, ele passa a usar essas produções com mais e mais frequência, dificultando a compreensão de sua fala até mesmo para familiares próximos.

Nesta fase é comum os pais imitarem os sons que o bebê produz. Ou seja, é comum repetir e imitar o que o bebê “fala”, e isto é muito bom! Ao repetir o que o bebê “fala”, isso se torna uma brincadeira que estimula o bebê a continuar com essa “experimentação” de produzir sons, que irão se transformar nas primeiras palavras!

Porém, no bebê com fissura labiopalatina é importante tomar cuidado para **não imitar nem reforçar produções atípicas, feitas na garganta ao invés da boca**, por exemplo. É comum que os bebês com fissura labiopalatina, particularmente os que possuem fissura de palato, tenham mais dificuldade para fazer alguns sons. Alguns bebês com FLP, passam a substituir produções típicas da língua (pa, ba, por exemplo), por produções atípicas usando as articulações compensatórias (que parecem soquinhos ou raspadinhos na garganta).

Estas produções quando reforçadas pelos cuidadores, passam a fazer parte do repertório de sons que o bebê adquire, e podem ter um impacto significativo na inteligibilidade da fala da criança. Nos casos onde se observa o uso consistente e

contínuo de sons que não são típicos da língua, é importante buscar ajuda de um fonoaudiólogo para que este profissional possa identificar a produção e, verificar se existe necessidade de intervenção terapêutica.

O que podemos fazer para prevenir ou minimizar o uso de ACs?

O que podemos fazer para prevenir ou minimizar o uso de ACs?

É importante não imitar e nem reforçar as produções atípicas! A melhor forma de tratar estas produções seria ignorá-las, sem ignorar o bebê! Isto, no entanto, é fácil na teoria, mas muito difícil na prática! O primeiro passo então é nunca imitar soquinhos ou raspadinhos na garganta.

Alguns bebês falam mais do que outros no primeiro ano de vida. Antes da correção do palato, o enfoque da estimulação, tanto para o grupo de “bebês falantes” quanto para o grupo de “bebês menos falantes” deve ser na linguagem receptiva, com grande ênfase no desenvolvimento das habilidades auditivas e de compreensão da fala, e nas habilidades de socialização! As habilidades de expressão, e a busca pelas primeiras palavras vão ocorrer naturalmente, como ocorre com outros bebês, porém alguns sons serão mais fáceis para o bebê que ainda tem a fissura aberta produzir, como os sons nasais (“m, n, nh”), e os sons líquidos (“l, r”). Os sons mais difíceis são os plosivos (p, t, k, b, d, g sons que “explodem”), e os fricativos (f, s, ch, v, z, j sons que “associam”), pois estes requerem muito mais ar e pressão dentro da boca do que os demais sons.

Durante as brincadeiras (na fase em que o palato ainda está aberto), podemos, por exemplo, escolher nomes para os brinquedos usando os sons mais fáceis para o bebê (mesmo se ele ainda não souber fazer aquele determinado som). Ou seja, nomear a boneca “Mia” ou “Lia”, é melhor do que nomear a boneca “Bia”. Trabalhar vocabulário usando palavras com sons mais fáceis como “meu, minha, não, amor, amei, nenê, mamá, Lalá, Lili, lua, rua, ria, rio” é melhor do que introduzir palavras com sons plosivos e fricativos nesta fase. A ideia é que o bebê falante possa aumentar gradualmente seu vocabulário sem ênfase nos sons difíceis (que exigem

muito ar dentro da boca), como os plosivos e fricativos. O pressuposto é que a produção de sons difíceis quando a fissura ainda está aberta (e muito ar escapa pelo nariz) resulta na associação destes sons com pressão e ar dentro do nariz, ou no uso de AC.

Essa fase de enfoque nos sons mais fáceis termina com a palatoplastia. Se a cirurgia é atrasada ou se o bebê tem outras condições associadas à fissura (síndromes ou outras condições), estas orientações devem ser revistas para ajustes!

Nem sempre é perceptível, mas para alguns bebês mais falantes pode ser possível ouvir a fala hipernasal (“fanhosa”), além dos sons atípicos (na garganta), já na fase entre 6 e 12 meses. A fala fanhosa não pode ser prevenida ou evitada na presença da fissura não operada. Ou seja, o primeiro passo para corrigir a hipernasalidade é operar o palato. Já o uso da articulação compensatória pode ser prevenido, ou pelo menos minimizado.

O bebê com FLP vai naturalmente e gradualmente usar todos os sons da fala (uns mais cedo outros mais tarde). **Uma das estratégias para prevenir as articulações compensatórias é não incentivar o uso de sons que precisam de muito ar na boca antes da cirurgia**, como os plosivos e fricativos, como já descrevemos anteriormente. Outra estratégia que pode ser implementada, é a **brincadeira de fechar e abrir o nariz rapidamente e delicadamente durante o balbucio e fala** (brincadeira da oclusão de narina).

A Brincadeira de Oclusão de Narinas

A brincadeira da oclusão de narina oferece ao bebê, que ainda tem a fissura aberta, uma possibilidade de experimentar mais ar (e mais pressão) dentro da boca (mas também dentro do nariz). A brincadeira deve ser feita com muito cuidado para não gerar aversão da criança ao toque no seu nariz!

Como fazer a Brincadeira?

Em momentos em que a criança estiver confortável e começar a balbuciar “mamama”, por exemplo, podemos ocluir rapidamente as narinas repetindo “bababa” quando ocluímos, e “mamama” quando soltamos o nariz. O tempo de oclusão é o tempo que o bebê leva para produzir “mamama”. Com a oclusão ele vai sentir mais ar dentro da boca e vai escutar sua produção parecida com o “bababa” falado pelo adulto.

Assim como a brincadeira de soprar o pezinho ou a barriga do bebê, podemos repetir a oclusão das narinas durante o balbucio enquanto notamos que o bebê está gostando. Ao notarmos que o bebê demonstra que não gostou, é importante interromper a brincadeira e retomar num outro momento. Insistir pode gerar aversão, e a estratégia deixa de ter seu valor.

Brincadeira da **OCLUSÃO DE NARINAS**

Conforme a criança cresce e passa a engatinhar ou andar, podemos brincar na frente do espelho, fazendo a estratégia primeiramente em outro adulto com o bebê apenas olhando a brincadeira. Em seguida, podemos incentivar o bebê a fazer a oclusão no nariz do outro adulto, e finalmente, somente quando ele estiver brincando confortavelmente com a estratégia no nariz do outro vamos tentar usar a estratégia no nariz do bebê.

A ideia não é usar essa estratégia sempre que o bebê tentar falar sons difíceis, isso seria impossível! O objetivo é que o bebê brinque de ocluir as narinas durante alguns momentos de produção de fala oral (com o palato aberto), de forma que possa perceber um aumento da pressão de ar dentro da boca. Assim, damos ao

bebê a experiência de diferentes quantidades de ar dentro da boca, em alguns momentos do dia.

Como a brincadeira é feita durante a fala, algumas vezes ele vai ouvir “ba” e “da”, ao invés de “ma” e “na”, criando-se no bebê uma expectativa de buscar fazer esses sons diferentes.

Continue com essa brincadeira diariamente, de forma que o bebê possa perceber como é a produção dos sons, sem as narinas ocluídas e com as narinas ocluídas.

Quando a palatoplastia é bem sucedida, a maioria dos bebês passa então, a ter condições de fazer os sons mais difíceis, sem necessidade de intervenção terapêutica!

O primeiro ano de vida do bebê com fissura labiopalatina é marcado por cirurgias e muitas descobertas. Conhecer as diferenças entre os bebês com e sem fissura promove um melhor entendimento sobre a comunicação oral do bebê. Esperamos que este material tenha ajudado você com alguns conhecimentos importantes sobre a aquisição de fala nos 12 primeiros meses de vida do bebê com fissura.

Materiais Complementares

Informativos

Informativo 1 - O que é Fissura LabiopalatinaDocumento PDF

Informativo 2 - A fala da criança com FLPDocumento PDF

Informativo 3 - Soquinhos os RaspadinhosDocumento PDF

Informativo 4 - Prevenção de alterações de fala Documento PDF

Vídeo Complementar

Primeiros Cuidados bebê com Fissura

Links Úteis

SITES COM MAIS INFORMAÇÕES SOBRE A FISSURA LABIOPALATINA:

1. <https://fissuraeaudicao.wordpress.com/fissura-labiopalatina-e-deficiencia-auditiva/>
2. <http://www.fissuralabioepalato.funcraf.org.br/>
3. www.centrinho.usp.br
4. http://www.centrinho.usp.br/hospital/profissionais/file/fono_06g.html
5. http://www.centrinho.usp.br/emfoco/file/foco_53/assim_somos_53.html
6. <http://asfissuradas.com/about/>
7. <http://aluzdoteusorriso.blogspot.com.br/>
8. Centros especializados:
http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=0401&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=26&VTitulo=H
9. www.fonoaudiologiaparapediatras.wordpress.com
10. www.portaldosbebes.fob.usp.br

Anexos

ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA USP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Desenvolvimento de Fala no Bebê com Fissura Labiopalatina: Mídia para Estudantes de Fonoaudiologia		
Pesquisador: Ana Paula Carvalho Corrêa		
Área Temática:		
Versão: 4		
CAAE: 35859314.6.0000.5441		
Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.202.713		
Apresentação do Projeto:		
<p>Trata-se da segunda versão da emenda do projeto de dissertação, de autoria de Ana Paula Corrêa sob orientação de Jeniffer de Cássia Rillo Dutka e co-orientação de Luciana Paula Maximino.</p> <p>A autora irá desenvolver e avaliar uma mídia eletrônica sobre o desenvolvimento da fala em criança de 0 - 3 anos com fissura labiopalatina. O desenvolvimento da mídia envolverá um levantamento bibliográfico a respeito da existência de materiais que envolvam a temática do estudo. Será criada uma mídia eletrônica que será disponibilizada em um ambiente virtual sobre o desenvolvimento de bebês com FLP contrastado ao desenvolvimento de bebês sem FLP. O material será avaliado por 3 docentes de um curso de graduação em Fonoaudiologia usando-se o questionário adaptado do Health-Related Web Site Evolution Form Emory e/ou Web-E Commerce. A mídia também será avaliada por 15 graduandos do curso de Fonoaudiologia através de um roteiro avaliativo que irá avaliar o conhecimento adquirido pelos alunos antes de depois do acesso à mídia. Análise de Dados: Ao final da aplicação do instrumento EMORY com os Professores, serão realizados os cálculos do total de pontos obtidos, multiplicando a quantidade de avaliadores ao valor atribuído as respostas, dois para "concordo" e um para "discordo" e o cálculo do número de pontos possíveis. Para encontrar o resultado final em porcentagem, será utilizada a fórmula descrita no questionário. Para o roteiro avaliativo aplicado em graduandos, será</p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-900 UF: SP Município: BAURU Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br </div>

Continuação do Parecer: 1.202.713

realizada a análise quantitativa relativa aos cálculos das respostas corretas antes e após acesso à mídia eletrônica; e a análise estatística será realizada através do teste de McNemar.

Hipótese:

O entendimento de alunos graduandos de Fonoaudiologia sobre o desenvolvimento de fala em bebês com fissura labiopalatina será melhor após o acesso a mídia eletrônica.

Objetivo da Pesquisa:

- 1) Desenvolvimento de mídia eletrônica sobre o desenvolvimento da fala em crianças de 0 a 3 anos com fissura labiopalatina;
- 2) Avaliação do material por juízes professores do curso de fonoaudiologia os quais ensinam disciplinas que abordam o desenvolvimento de fala e linguagem em bebês;
- 3) Avaliação e comparação do entendimento de graduandos em fonoaudiologia antes e depois do acesso à mídia sobre o desenvolvimento da fala na criança com FLP em um curso de Fonoaudiologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos e/ou desconfortos decorrentes da participação no presente estudo são relacionados apenas aos riscos de cansaço durante a realização da atividade de avaliar a mídia. Se o participante reportar cansaço a atividade será interrompida e continuada somente após anuência do mesmo.

Benefícios:

Este estudo não envolve benefícios diretos para os participantes porém constituem uma importante contribuição para o entendimento dos mesmos sobre desenvolvimento de fala em bebês com fissura labiopalatina. Adicionalmente, o desenvolvimento do projeto dará subsídios para o desenvolvimento de futuras pesquisas visando aprimorar o conhecimento sobre a fissura labiopalatina e otimizar a orientação de pais e cuidadores quanto a estimulação da fala.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora esclareceu que os professores serão juízes e retirou o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITÁRIA CEP: 17.012-900
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA USP

Continuação do Parecer: 1.202.713

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações foram devidamente esclarecidas, sugiro ao CEP a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação, assim como os relatórios semestrais, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios, quando solicitados no parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	5 Formulário HRAC USP.pdf	07/08/2014 01:28:22		Aceito
Outros	1 Carta de Encaminhamento.pdf	07/08/2014 01:30:32		Aceito
Outros	2 Critérios para Encerrar ou Suspende.pdf	07/08/2014 01:47:12		Aceito
Outros	3 Termo de Compromisso de tornar Público.pdf	07/08/2014 01:47:58		Aceito
Outros	4 Formulário de Permissão do Uso de dados.pdf	07/08/2014 01:48:27		Aceito
Outros	6 Termo de Compromisso Manuseio Informações.pdf	07/08/2014 01:49:18		Aceito
Outros	7 Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável.pdf	07/08/2014 01:49:47		Aceito
Folha de Rosto	Ana Paula Folha de Rosto.pdf	02/09/2014 22:21:12		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_372934.pdf	02/09/2014 22:22:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-_30-10-14.pdf	30/10/2014 12:37:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Ana_Paula_CEP_Corrigido_30-10-2014.pdf	30/10/2014 12:37:47		Aceito

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA USP

Continuação do Parecer: 1.202.713

Declaração de Pesquisadores	Riscos e Benefícios.pdf	30/10/2014 12:39:07		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Resposta CEP Ana Paula 30-10-2014.pdf	30/10/2014 12:39:32		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_372934.pdf	30/10/2014 12:40:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE- 24-11-14.pdf	25/11/2014 08:34:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Final Ana Paula CEP Novo 29-06-15.pdf	30/06/2015 16:08:29		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Final - Resposta CEP Ana Paula 30-06-2015.pdf	30/06/2015 16:08:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Final - TCLE Professoras e Alunos 29-06-15.pdf	30/06/2015 16:11:12		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_547387 E1.pdf	30/06/2015 16:16:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	2. Ana Paula resposta CEP 31-07-2015.pdf	31/07/2015 11:19:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1. Ana Paula CEP projeto 31-07-15.pdf	31/07/2015 11:21:35		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_547387 E1.pdf	31/07/2015 11:23:17		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BAURU, 27 de Agosto de 2015

Assinado por:
Silvia Maria Graziadei
(Coordenador)

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

Página 04 de 04

ANEXO B – Telas dos materiais complementares

A FALA DA CRIANÇA COM FISSURA

INFORMATIVO
AOS
PAIS
CUIDADORES

2

Bauru
2006

“SOQUINHOS” OU “RASPADINHOS”: Do que estamos falando?

INFORMATIVO
AOS
PAIS
E
CUIDADORES

3

CENTRO DE REFERÊNCIA
EM SAÚDE DA CRIANÇA
DE BAURÍ

**Bauri
2006**

CAPA

PREVENÇÃO DE ALTERAÇÕES DE FALA

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Fissura Labiopalatina

Material para Pais e Cuidadores

Fissura Labiopalatina e Fala

***Fissuras labiopalatinas:
os primeiros cuidados***

Um Projeto de **Atenção Primária em Saúde**