

EMESCAM - BIBLIOTECA

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM**

**CAROLINA FONSECA DOS PASSOS
FABÍOLA DASSIÊ FALCÃO**

**ESTUDO COMPARATIVO DA AQUISIÇÃO DA MARCHA ENTRE
CRIANÇAS COM FISSURA LÁBIO-PALATAL E TABELAS
EXISTENTES**

VITÓRIA

2005

CAROLINA FONSECA DOS PASSOS
FABÍOLA DASSIÊ FALCÃO

ESTUDO COMPARATIVO DA AQUISIÇÃO DA MARCHA ENTRE
CRIANÇAS COM FISSURA LÁBIO-PALATAL E TABELA
EXISTENTE

Monografia apresentada ao curso de
graduação em Fisioterapia da Escola de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória como requisito para obtenção
do título de bacharelado em Fisioterapia

Orientadora: Ermenilde da Silva Pinto

Ermenilde da Silva Pinto

VITÓRIA

2005

**CAROLINA FONSECA DOS PASSOS
FABÍOLA DASSIÊ FALCÃO**

**ESTUDO COMPARATIVO DA AQUISIÇÃO DA MARCHA ENTRE
CRIANÇAS COM FISSURA LÁBIO-PALATAL E TABELAS
EXISTENTES**

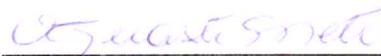
COMISSÃO EXAMINADORA



Ermenilde da Silva Pinto
Professor Orientador



Fabíola dos Santos Dornellas



Viviane Guasti da Silva Neto

RESUMO

Estudo Comparativo da Aquisição da Marcha entre Crianças com Fissura Lábio-Palatal e Tabela de Desenvolvimento Neuropsicomotor Existente

FALCÃO, F.D.; PASSOS, C. F.; PINTO, E. S.

PROFIS – Associação de Pais e Portadores de Fissuras Labiopalatais e Dismorfias Craniofaciais do Estado do Espírito Santo.

Introdução: As fissuras faciais podem ser unilaterais ou bilaterais. Os dois tipos de fissura mais comum são: a fissura labial e a fissura palatina. Existe ainda a associação desses dois tipos.

O desenvolvimento da criança, do ponto de vista neuropsicosensorial e motor, ocorre na dependência do processo de maturação do Sistema Nervoso Central. Especialmente no primeiro ano de vida, o componente motor é um dos maiores responsáveis pelo desenvolvimento de outras áreas, que, por sua vez, contribuem para o aprimoramento do ato motor. O meio ambiente é parte integrante desse processo, oferecendo elementos para que essa criança possa fazer uma estruturação interna e, assim, poder obter condições de estabelecer uma relação com o mundo externo. A questão afetiva é de suma importância para o equilíbrio desse desenvolvimento. Os fatores de risco atuam de forma variada, tanto em intensidade quanto em localização do sistema nervoso central, levando alterações nas várias fases do processo de desenvolvimento. Isto resulta em quadros clínicos, do ponto de vista funcional, de grande diversidade.

Objetivo: Esse trabalho foi desenvolvido com o intuito de investigar através da análise de prontuários da Associação de Pais e Portadores de Fissuras Labiopalatais e Dismorfias Craniofaciais, do Estado do Espírito Santo (PROFIS) a idade em que ocorreu a aquisição da marcha em pacientes com fissura lábio-palatal.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo avaliando em todos os prontuários da PROFIS a idade da aquisição da marcha em pacientes com fissura labial, palatal e lábio-palatal (n = 966). Foram excluídos do trabalho os prontuários de pacientes que tinham alguma patologia associada à fissura que pudesse influenciar no desenvolvimento normal da marcha. Utilizamos o Teste de desenvolvimento de Denver para compararmos o desenvolvimento das crianças com fissura lábio-palatal.

Resultados: Nos resultados encontrados foi visto que 39,90% dos pacientes andaram entre 12 e 14 meses (12meses = 25,70%; 13meses = 4,10%; 14meses = 10,10%), 37,40% dos pacientes andararn com menos de 12meses (7meses = 0,20%; 8 meses 1,60%; 9meses 8,70%; 10meses 9,20%; 11meses 17,70%). Observamos também que 22,70% dos pacientes andaram com mais de 14 meses de idade. A média de idade em meses da aquisição da marcha nos pacientes da PROFIS foi de 13,4 DP(5,2), sendo que a média da idade em meses da aquisição da marcha no sexo feminino foi de 12,8 DP(4,0) e no sexo masculino foi de 13,8 DP(5,9).

Conclusão: A média de idade de aquisição da marcha em portadores de fissura lábio-palatal está na faixa etária de aquisição da marcha segundo o Teste de desenvolvimento de Denver (12 a 14 meses). Com isso podemos mostrar que o desenvolvimento da marcha não é alterado apesar do portador de fissura passar por processos cirúrgicos, receber super proteção dos pais e até mesmo receio dos pais que temem não oferecer à criança o que há de melhor para sua total reabilitação, crescimento e desenvolvimento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	08
1.1.1. Definição de fissuras	08
1.1.2. Incidência.....	09
1.1.3. Etiologia	10
1.1.3.1. Causas	11
1.1.4. Classificação	12
1.1.5. Tratamento	12
1.1.5.1. Tratamento Cirúrgico	13
1.1.6. Desenvolvimento Infantil	14
1.1.6.1. Desenvolvimento da marcha	15
1.2. JUSTIFICATIVA	17
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVOS GERAIS.....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS	19
3.1. TIPO DE ESTUDO	19

3.2. LOCAL	19
3.3. PARTICIPANTES	19
3.3.1. Critérios de Inclusão	19
3.3.2. Critérios de Exclusão	19
3.3.3. Amostragem	20
3.3.4. Consentimento Livre e esclarecido	20
3.5. DESFECHOS CLÍNICOS	21
3.6. MÉTODO ESTATÍSTICO	21
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSSÃO	24
6. CONCLUSÃO	27
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO A	31

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1	32
TABELA 2	32
TABELA 3	33
TABELA 4	34
TABELA 5	34
TABELA 6	34
TABELA 7	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	35
GRÁFICO 2	36
GRÁFICO 3	36

1. INTRODUÇÃO

1.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1.1. Definição de Fissuras

As fissuras labiopalatais são consequência de malformação congênita ocorrida entre a quinta e a oitava semana de desenvolvimento embrionário (PRADA; VALLE; PIMENTEL, 2000).

Caracterizam-se por uma fenda labial ou labiopalatal na parte superior da boca, podendo ser unilateral (direita ou esquerda) ou bilateral (direita e esquerda). As implicações físicas das fissuras de lábio e/ou palato são estéticas e funcionais, variando o comprometimento de acordo com o tipo de fissura (PRADA; VALLE; PIMENTEL, 2000).

Fissura Labial: Defeito congênito do lábio superior, devido à falta parcial ou total de penetração do mesoderma nos primórdios embrionários que formam a face, tendo como consequência a não fusão da(s) proeminência(s) maxilar(es) com a proeminência nasal média. O defeito pode ser unilateral (fenda palatina) (REY, 1999).

Fissura Palatina: Defeito congênito que consiste na presença de fenda mediana no maxilar superior e lábio, por falta de fusão dos primórdios embrionários que formam o palato (REY, 1999).

Fissuras Labiopalatais: São caracterizadas pela interrupção na continuidade dos tecidos do lábio superior, rebordo alveolar superior, palato e fissuras mais raras de lábio inferior (D' AGOSTINO; JORGE, 1991).

1.1.2 Incidência

No Brasil, embora o número de pessoas com fissura labiopalatais seja desconhecido, é estimado por volta de 260 mil. A deformidade ocorre aproximadamente em 1 a cada 650 nascimentos, e há um índice de morte prematura de aproximadamente 35% durante o primeiro ano de vida (FREITAS, J AS; FREITAS, PZ, 1999).

A fissura labial com ou sem fissura palatina é mais freqüente em meninos; e a fissura palatina isolada é mais freqüente em meninas. Existe um aumento de fissura de incidência de mal formações congênitas associadas e de perturbação intelectual em crianças com defeito de fissura; ambos são mais comuns na fissura palatina isolada. Esses achados são parcialmente explicáveis por um aumento da incidência de perturbação da audição em crianças com fissura palatina e pela freqüência dos defeitos de septação entre crianças com anormalidades cromossômicas; muitas dentre estas últimas são natimortas ou morrem na primeira ou segunda infância (BEHRMAN, 1986).

Em relação à fenda labial (lábio leporino) a chance de mal formação repetir-se em um 2º filho é de ordem de 5%; se um dos pais apresentar o defeito, a probabilidade de um filho herdá-lo é de 2%. Quando o palato fendido, o risco de ocorrer o defeito, quando um dos pais for portador, é de 1%, mas, se um dos filhos já apresentar o palato fendido, a chance de que se repita o fato em outro filho eleva-se para 10% (REY, 1999).

Do total de 16.853 casos de fissura oral registrados no Brasil nos últimos 20 anos, 4.413 se referiram à fissura palatina isolada (LOFFREDO; FREITAS; GRIGOLLI, 2001).

Verificou-se maior proporção de fissuras lábio-palatinas (74%), o que já era esperado, pois esse fato tem sido relatado na maioria dos trabalhos de pesquisa publicados: no Japão correspondeu a 78,8%; na Suécia, 69,1%; na Islândia, 68,7%; e na Nigéria, 81%. Exceção seja feita na Finlândia, onde, segundo Saxén & Lahti, verificou-se maior proporção de fissura palatina (57%) devido às características morfológicas distintas que poderiam estar associadas

à maior susceptibilidade de sua ocorrência (LOFFREDO; FREITAS; GRICOLLI, 2001).

1.1.3 Etiologia

A origem da fenda de lábio ou palato ainda permanece obscura e, apesar dos esforços realizados na área da genética, não existe um consenso sobre sua causa. Assim, pode ser causada por muitos fatores: alguns casos por genes dominantes ou recessivos, outros por alterações cromossômicas, outros por fatores ambientais teratogênicos e, na grande maioria dos casos, por interação dos vários pares de genes e fatores do meio ambiente, o que caracteriza o modelo da herança multifatorial (MUSTACCHI; PERES; MUGAYAR, 2000).

A Teoria multifatorial é a mais aceita e resume-se na interação de fatores genéticos-ambientais. Os diferentes graus de agressividade das malformações labiais e/ou palatais podem ser associados à susceptibilidade de um grupo etário ou de um ser humano isolado, que poderia ser maior ou menor, em resposta à interação genético-ambiental (GRAZIOSI; SALGADOM; CASTILHO, 2002).

Estudos realizados em populações, caracterizados pelo baixo nível sócio econômico quando comparados com aqueles em população de países desenvolvidos, mostram que os riscos de incidência e de recorrência apresentam os mesmos fatores exógenos na determinação do defeito (MUSTACCHI; PERES; MUGAYAR, 2000).

Existem vários estudos sobre a ocorrência da anomalia em diferentes países sendo que alguns incluem aspectos referentes a sazonalidade, à classe social, à etnia, à idade dos pais, ao peso ao nascer, ao tabagismo, à ingestão de medicamentos e a procedência. No Brasil, há um trabalho pioneiro sobre possíveis fatores de risco para o aparecimento da anomalia, que inclui uma análise quantitativa de alguns dos aspectos citados e outros referentes a poluição, ocupação, consumo de bebidas alcoólicas, ingestão de drogas,

doenças da mãe, exposição a herbicida/pesticida na lavoura, exposição a raios X na gestação e hereditariedade. Com referência às fissuras labiais ou labiopalatais, foram apontadas como fatores de risco as variáveis hereditariedade, epilepsia da mãe e ingestão de antiinflamatório na gestação com riscos relativos de, respectivamente, 4,96, 2,39 e 2,59. Quanto às fissuras palatinas, as variáveis hereditariedade e poluição foram fatores de risco relativos de 2,82 e 2,58, respectivamente (LOFFREDO; FREITAS; GRIGOLLI, 2001).

1.1.3.1. Causas

- a) Causas hereditárias: a grande variação de fenótipos somente pode ser explicada por vários pares de genes da herança multifatorial que somam os seus efeitos. Assim, quanto maior o número de genes, maior será o comprometimento.
- b) Causas ambientais: qualquer fator durante a gravidez que possa agir sobre uma mulher que já possui predisposição hereditária. Assim, temos: uso pela gestante de corticóides encontrado nos antialérgicos; uso de Hidantoína, encontrada em anticonvulsivantes para epilepsia e disritimia; uso de vitamina A (exógena); uso de AAS (ácido acetil salicílico) como analgésicos e antifebris; ingestão de agrotóxicos (em regiões de utilização intensa); exposição da gestante às radiações (RX e outros); doenças contraídas no período da gravidez, como rubéola, toxoplasmose, diabetes, etc.
- c) Causas mecânicas: patologias uterinas da mãe que provocam problemas posturais no feto (por exemplo: algum tipo de tumor cuja saliência física limita a criança) ou massas extra-uterinas que tem efeitos compressivos fetais considerados extrínsecos (MUSTACCHI; PERES; MUGAYAR, 2000).

1.1.4. Classificação

Baseado em dados embriológicos, tomando-se como referência o forame palatino anterior, Spina (1962) classifica as fissuras em 3 grupos.

I - Fissuras pré-forame incisivo: exclusivamente labiais (lábio leporino), que podem ou não comprometer também a arcada alveolar, sem, contudo ultrapassar o forame palatino anterior. Podem ser unilaterais, à esquerda ou à direita, ou bilaterais.

II - Fissuras pós-forame incisivo: que atinge o palato mole, diversos graus, e, o palato duro, sem, contudo ultrapassar o forame palatino anterior.

III - Fissuras transforame incisivo: a solução de continuidade atinge o lábio, arcada alveolar, palato anterior e o palato posterior. Pode ser unilateral esquerdo ou direito ou ainda bilateral (MURAHOVSKI, 1981).

Dentro da classificação de fissuras pós-forame, encontra-se também a fissura submucosa, na qual, apesar do palato aparentemente normal, a voz é nasalizada. (D'AGOSTINO; JORGE, 1991).

1.1.5. Tratamento

Pela localização, as fissuras labiopalatais acarretam problemas não só de ordem estética, funcional e nutricional, como também emocional. Tal complexidade de fatores exige a interferência de uma equipe interdisciplinar na reabilitação destes pacientes, a partir do nascimento, visando principalmente à integração adequada da criança no seu ambiente familiar e social (D'AGOSTINO; JORGE, 1991).

A partir de um estudo conjunto, cada profissional da equipe acompanhará mais de perto a reabilitação da criança, de acordo com as etapas do tratamento (D'AGOSTINO; JORGE, 1991).

1.1.5.1. Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico deve ser instituído precocemente para tentar evitar seqüelas funcionais e psicológicas que possam ser de difícil resolução posterior. Por outro lado, se mal orientado, pode determinar o aparecimento de alterações secundárias, que agravam o defeito, sendo estas de resolução freqüentemente trabalhosa e, muitas vezes difícil de ser alcançada. (D'AGOSTINO; JORGE, 1991).

Geralmente o fechamento cirúrgico da fissura labial é executado com 1 ou 2 meses de idade, depois que a criança tiver um aumento satisfatório de peso e estiver livre de qualquer infecção oral, respiratória ou sistêmica. A correção inicial deve ser revista com 4 ou 5 anos de idade. Na maior parte dos casos, é mais indicado adiar a cirurgia corretiva do nariz para a adolescência. Os resultados cosméticos dependem da extensão da deformidade original, da ausência de infecções e da habilidade do cirurgião. (BEHRMAN, 1986).

As fissuras palatinas são tratadas em tempo único com deslocamento e aproximação de retalhos do palato. Este procedimento é habitualmente realizado próximo ao primeiro ano de idade, embora algumas opiniões sustentem que possa ser em etapa mais precoce. A semelhança da cirurgia do lábio deve-se procurar preservar ao máximo as estruturas já hipoplásicas em decorrência da malformação. Assim, a agressão cirúrgica inevitável deverá proporcionar mais benefícios do que determinar seqüelas (D'AGOSTINO; JORGE, 1991).

A principal função do palato é propiciar uma barreira entre a nasofaringe e a orofaringe fazendo com que a fonação seja uma função exclusivamente oral, produzindo padrões de linguagem normal. A cirurgia reconstrutiva do palato deve ser acompanhada de um treinamento de linguagem durante vários anos para assegurar a melhor função palatina possível (AVERY, 1984).

Os casos complexos são os que envolvem o lábio e o palato (fissuras labiopalatinas) uni ou bilateralmente. Requerem cirurgia em várias etapas, obedecendo aos preceitos para cirurgias do lábio e do palato (D'AGOSTINO; JORGE, 1991).

Admite-se que com a recuperação das características anatômicas de “normalidade” que o tratamento cirúrgico pode proporcionar, a criança tenha condições de desenvolver a fisiologia normal do aparelho mastigador e da fonação. Para tanto, freqüentemente necessita do concurso especializado de profissionais, que também participam ativamente do tratamento do fissurado do lábio e do palato (D’AGOSTINO; JORGE, 1991).

As eventuais seqüelas decorrentes do tratamento cirúrgico inicial deverão ser adequadamente diagnosticadas, permitindo avaliar propostas de correção anterior (D’AGOSTINO; JORGE, 1991).

1.1.6. Desenvolvimento Infantil

As crianças que vivem em países em desenvolvimento estão expostas a vários riscos, entre os quais o de apresentarem gestações desfavoráveis e/ou incompletas e o de viverem em condições sócio-econômicas adversas. Tal cadeia de eventos negativos faz com que essas crianças tenham maior chance de apresentar atrasos em seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Por essa razão, o impacto de fatores biológicos, psicossociais (individuais e familiares) e ambientais no desenvolvimento infantil tem sido objeto de inúmeros estudos nas últimas décadas (HALPERN, R. et. al, 2000).

Durante o desenvolvimento normal, a criança passa por experiências sensório-motoras que facilitarão a aquisição e o refinamento de padrões motores. Estas experiências acontecem e são enriquecidas graças à variabilidade e complexidade do ambiente (LIMA, C. B. et al, 2001).

A chegada de um bebê com fissura lábio-palatal a uma família sempre constitui motivo de receio para os pais, que temem não oferecer à criança o que há de melhor para sua total reabilitação, crescimento e desenvolvimento. Por isso, o papel do profissional da Saúde é de extrema importância na orientação dos pais nesse momento, a fim de tranquilizá-los e fornecer-lhes embasamento

com informações científicas sobre as características inerentes a essa malformação (DALBEN; COSTA; GOMIDE, 2002).

1.1.6.1. Desenvolvimento da marcha

O controle da marcha é uma das importantes funções do sistema nervoso e, por sua complexidade, exige participação de diferentes segmentos do sistema nervoso central para modular o sistema efetor de acordo com a intenção do indivíduo e com as informações sensoriais adquiridas do ambiente. Esse controle é responsável pela manutenção do equilíbrio e da direção do movimento. As informações sensoriais relativas ao ambiente e a interação dos segmentos corporais com o ambiente são cruciais no desenvolvimento do comportamento locomotor habilidoso (LIMA, et al, 2001).

O controle do equilíbrio implica o controle da postura, que constitui um dos importantes sub-sistemas necessários para a aquisição do andar independente (LIMA, et al, 2001).

Uma vez que os padrões locomotores se desenvolvem durante alguns meses antes do nascimento, não é surpresa observar que o comportamento de dar passos pode ser evidenciado nos recém nascidos, dadas as condições corretas. Por exemplo, quando um lactente recém nascido é segurado na posição vertical sob os braços, inclinado ligeiramente para frente com as solas dos pés tocando uma superfície, ele freqüentemente executa movimentos coordenados que se parecem muito com a locomoção ereta (SHUMWAY-COTT; WOOLLAROTT, 2003).

Hans Forssberg, pediatra e médico sueco examinou minuciosamente a contribuição do sistema nervoso para o surgimento da locomoção. Ele supôs que a locomoção humana é caracterizada pela interação de muitos sistemas com determinados componentes hierárquicos. No primeiro ano de vida, o desenvolvimento gradual dos sistemas descendentes dos centros neurais superiores proporcionam à criança a capacidade de controlar essa capacidade

locomotora. Os sistemas adaptativos para o controle do equilíbrio organizados em um nível superior ao daqueles que controlam o produtor padrão, se desenvolve durante um período mais longo (SHUMWAY-COTT; WOOLLAROTT, 2003).

De acordo com essa pesquisa, o surgimento do andar com apoio não é o resultado de mudanças fundamentais no padrão do passo propriamente dito, mas parece ser devido à maturidade do sistema de equilíbrio. Além disso, o surgimento gradual do andar maduro durante o ano seguinte é considerado resultante de um sistema de controle novo e de nível superior, que influencia a rede original de nível inferior e a modifica (SHUMWAY-COTT; WOOLLAROTT, 2003).

Os estudos que empregaram técnicas de análise do movimento mostraram uma transformação gradual do movimento locomotor, que passa de um padrão sincronizado de movimentos articulares no passo do recém nascido para um padrão mais adulto e desassociado de movimento articular, no final do primeiro ano do desenvolvimento. A transformação para os padrões adultos do andar acontece durante a última parte do segundo ano (SHUMWAY-COTT; WOOLLAROTT, 2003).

No desenvolvimento, alguns elementos do sistema nervoso e músculo-esquelético devem estar prontos, do ponto de vista funcional, antes de outros; porém, o sistema deve esperar pela maturidade do componente mais lento antes que o componente – alvo possa surgir (SHUMWAY-COTT; WOOLLAROTT, 2003).

Os lactentes normais que estão começando a dar seus primeiros passos, já desenvolveram a coordenação motora dentro do produtor de padrão locomotor, e, possuem os sistemas visual, vestibular e somatossensitivo funcionais e a motivação para se movimentar para frente. Os lactentes também podem ter força muscular suficiente no mínimo para se equilibrar, quando não para impulsionar o corpo para frente. No entanto, eles não conseguem utilizar esses processos na locomoção eficaz, até que o sistema de controle postural possa controlar efetivamente o deslocamento do peso de uma perda para outra, a fim de evitar uma queda (SHUMWAY-COTT; WOOLLAROTT, 2003).

1.2. JUSTIFICATIVA

Visto que estudos sobre Fissura Lábio-Palatal no Estado do Espírito Santo são escassos, queremos através desta pesquisa contribuir e incentivar futuras pesquisas referentes a esse assunto. Além disso, vimos a necessidade de conhecer os problemas e atualizar dados sobre pessoas com essa anomalia congênita, no nosso estado, para que possamos intervir da melhor maneira possível.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais

Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de investigar, em prontuários da Associação de Portadores de Fissura Lábio Palatais e Dismorfias Craniofaciais, do Estado do Espírito Santo (PROFIS), com que idade a criança com fissura lábio-palatal adquire a marcha.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Comparar o desenvolvimento da marcha de crianças com fissura lábio-palatal com tabela do desenvolvimento da criança normal;
- b) Levantar dados estatísticos em relação à aquisição da marcha de crianças com fissura lábio-palatal.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo será de coorte retrospectivo.

3.2. LOCAL

Este estudo foi realizado na PROFIS de Vitória que está situada na Rua: Gabriel Abaurre, 57, Bairro de Lourdes - Vitória/ES.

3.3. PARTICIPANTES

3.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos nesse estudo prontuários de pacientes portadores de fissuras: labial, palatal e lábio-palatal.

3.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos desse estudo prontuários de pacientes com fissura submucosa e prontuários de pacientes que têm alguma patologia associada à

fissuras como: paralisia cerebral, entre outras que poderiam prejudicar o desenvolvimento normal dos pacientes.

3.3.3. Amostragem

Para a realização do nosso trabalho analisamos todos os prontuários da PROFIS que estavam de acordo com o critério de inclusão (n= 966). Desses prontuários colhemos os seguintes dados: número do prontuário, data de nascimento, sexo, origem, tipo de fissura e idade de aquisição da marcha.

O teste de Denver foi utilizado como método de comparação do desenvolvimento da marcha. O teste de Denver é um método de rastreamento que foi criado para detectar atraso no desenvolvimento de lactentes e pré-escolares. Ele testa quatro funções: motor grosseiro, linguagem, motor fino-adaptativo e habilidades pessoais-sociais. A proposta do teste de Denver é detectar crianças que apresentam um desenvolvimento lento (FRATTESI et al, 2004).

3.3.4 Consentimento Livre e Esclarecido

Foi enviada uma carta a PROFIS pedindo a permissão para usarmos o espaço da instituição para realizarmos nosso estudo (**ANEXO A**).

3.5. DESFECHOS CLÍNICOS

Neste trabalho foi pesquisado o desenvolvimento da marcha em crianças com fissura lábio-palatal através de prontuários da PROFIS de Vitória. Utilizamos o teste do Desenvolvimento de Denver.

As medições foram realizadas pelas autoras do trabalho.

3.6. MÉTODO ESTATÍSTICO

Foi realizada análise descritiva dos dados, através de medidas de tendência central, tabelas de frequência e gráficos. Para testar diferenças, entre a idade média do início da marcha e o fator sexo, foi utilizado o teste t de Student. A Análise de Variância (ANOVA) foi útil para avaliar os fatores: tipo de fissura e mesorregião. O Pacote estatístico SPSS – Social Package Statistical Science – foi utilizado nessa análise.

4. RESULTADOS

O número total de prontuários analisados foi de 966, sendo que 426 (44,1%) eram do sexo feminino e 540 (55,9%) do sexo masculino (**Tabela 1**). Do total de prontuários que foram analisados, em 436 (45,13%) deles foram encontrados a idade de aquisição da marcha. A idade média da aquisição da marcha foi de 13,4 DP (5,2), sendo que no sexo feminino a média foi de 12,8 DP (4,0) e no sexo masculino foi de 13,8 DP (5,9) (**Tabela 2**). Portanto, o teste t de Student mostrou que existe diferença na idade média do início da marcha entre os sexos feminino e masculino ($p=0,033$) (**Gráfico 1**) ou seja, os portadores de fissura do sexo feminino iniciam a marcha antes dos do sexo masculino.

Nos resultados encontrados foi visto que 39,9% dos pacientes adquiriram a marcha entre 12 e 14 meses (12 meses = 25,70%; 13 meses = 4,10%; 14 meses = 10,10%). 37,40% dos pacientes adquiriram com menos de 12 meses (7 meses = 0,2%; 8 meses 1,60%; 9 meses 8,70%; 10 meses 9,20%; 11 meses 17,70%). Observamos também que 22,70% dos pacientes adquiriram com mais de 14 meses de idade (**Tabela 3**).

Dos prontuários que foram analisados, em 743 (76,91%) deles, foram encontrados o tipo de fissura segundo a classificação atual. Foi visto que 48,6% tinham o tipo de fissura trans-forame incisivo, 27,2% tinham o tipo pré-forame e 24,2% tinham o tipo de fissura pós-forame incisivo (**Tabela 4**).

A idade média do início da marcha segundo o tipo de fissura transforame incisivo foi de 13,5 DP (6,1), segundo a fissura pré-forame foi de 13,4 DP (5,1) e segundo a fissura pós-forame incisivo foi de 12,8 DP (3,3) (**Tabela 5**). A Análise de Variância (ANOVA) não mostrou que existe diferença entre idade média do início da marcha e o tipo de fissura ($p=0,538$) (**Gráfico 2**).

Distribuindo o total de casos de fissura por mesorregião, encontramos na região Metropolitana do Estado do Espírito Santo: 67,9 % dos casos, na região Norte: 11,8%, na região Noroeste: 6,7% e na região Sul: 13,6% (**Tabela 6**).

A média da idade da aquisição da marcha na região Metropolitana foi de 13,1 DP (5,1), na região Norte foi de 13,0 DP (3,6), na região Noroeste foi de 14,1

DP (5,4) e na região Sul foi de 14,7 DP (6,1) (**Tabela 7**). A Análise de Variância (ANOVA) não mostrou que existe diferença entre a idade média do início da marcha por mesorregião ($p=0,154$) (**Gráfico 3**).

5. DISCUSSÃO

Os pais, que geralmente esperam o nascimento de uma criança “perfeita”, no decorrer da gestação idealizam seu sexo, cor dos olhos, dos cabelos, traços fisionômicos. Ao se depararem com nascimento de um bebê desfigurado pela fissura, seus sonhos se estilhaçam, passando eles a vivenciar um verdadeiro pesadelo (CARVALHO, A. P. B. de; TAVANO, L. D.,2000).

As respostas paternas, diante do nascimento de criança portadora de fissura lábio palatal, podem conduzir à rejeição da criança ou cristalização da culpa, desenvolvendo comportamentos inadequados como a superproteção ou ocultamento do filho, não permitindo que este interaja com a sociedade (CARVALHO; TAVANO, 2000).

A intervenção profissional pode favorecer a resolução das reações negativas precoces. De acordo com Clifford e Crocker (1971), os pais de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas não seguem os rituais sociais convencionais associados com o nascimento de um bebê, como encorajar a família e amigos para visitar a criança (COLARES; RICHAN, 2002).

Em uma perspectiva transacional, o desenvolvimento infantil pode ser entendido como produto de interações dinâmicas entre a criança, a família e o contexto. Essa perspectiva amplia abordagem linear e unidirecional de modelos tradicionais, reconhecendo a influência da interação de diversos fatores nos desfechos infantis. Estudos que investigaram a relação entre família e desempenho da criança revelaram que os pais são agentes moduladores das experiências de seus filhos. A ação desses cuidadores é influenciada por fatores do contexto sociocultural da família. Assim, as interações sociais e o ambiente familiar no qual a criança está inserida podem incentivar ou limitar tanto a aquisição de habilidades quanto a independência funcional (MANCINI, et al, 2004).

A influência do meio ambiente sobre a criança parece dotada de importância crítica. Admite-se geralmente que o desenvolvimento emocional da criança seja prejudicado pela falta de carinho e afeto por parte dos pais, mas o desenvolvimento físico também pode sofrer atraso ou deformação em

conseqüência de numerosos fatores que incidem durante o crescimento e o desenvolvimento (SHEPHERD, 1998).

A criança mantida maior parte do tempo sem condições para movimentar, livremente, a cabeça, o pescoço, e os membros superiores e inferiores (por estar constantemente no colo de adultos, em carrinho, “bebê-conforto”, berço, cercadinho, etc) poderá ter o processo de maturação no sistema nervoso prejudicado. Como conseqüência, ela poderá fazer um quadro de alteração funcional, expresso, em linhas gerais, por um desenvolvimento aquém do padrão de comportamento neuropsicomotor esperado para a faixa etária em que ela se encontra (COUTO, 1999).

A compreensão do evoluir do desenvolvimento motor em presença de atraso na marcha, obriga-nos a conhecer como se processa seqüencialmente a área da motricidade, e de que fatores depende. A evolução da motricidade global depende essencialmente da maturação, mielinização do sistema nervoso, de um sistema motor funcionante e em menor grau de estímulo do meio ambiente (ROCHA, et al, 1999).

No presente estudo vimos que as crianças com fissura têm o desenvolvimento da marcha dentro da faixa etária segundo o teste de desenvolvimento Denver. E o que nos chamou atenção foi que 37,40% dos pacientes andaram com menos de 12 meses. Qual seria a justificativa para esse fato? Será que as crianças estão se desenvolvendo precocemente?

Porém, analisando os resultados, vimos através dos prontuários de pacientes da PROFIS, que algumas crianças não adquiriram a marcha na idade normal, que é de 12 meses a 14 meses, segundo o teste de desenvolvimento de Denver. A justificativa citada pelo responsável foi a superproteção materna (mãe ficava com a criança no colo constantemente). Porém, não podemos afirmar que o cuidado excessivo seria causa principal para todos os pacientes que tiveram atraso no desenvolvimento da marcha, pois não eram em todos os prontuários que encontrávamos dados importantes como este.

Observamos também que há falhas em alguns prontuários e desatualização dos mesmos. De acordo com os dados obtidos, dos 966 prontuários analisados em 223 (23,1%), o tipo de fissura não estava de acordo com a classificação

atual. Observamos também que somente em 436 (45,13%) dos prontuários foi encontrada a idade de aquisição da marcha. O fato de encontrarmos esse número tão pequeno deve-se ao não encaminhamento do paciente à fisioterapia, profissional responsável pela avaliação neurológica da criança ou por haver pacientes ou responsáveis que não lembram a idade do início da marcha, um dado importante que deve ser colhido na avaliação do fisioterapeuta.

Sendo uma das ações básicas de saúde para as crianças, o controle do desenvolvimento neuropsicomotor deve constituir uma prática de rotina em todo serviço destinado à assistência infantil, na área da saúde (COELHO, 1999).

É importante fornecer aos pais informações com relação à fissura labiopalatina logo após o nascimento da criança e proporcionar expectativas realísticas. Contínuo esforço deve ser mantido no sentido de fornecer informações nos vários estágios de reabilitação da criança durante os anos seguintes (COLARES; RICHAN, 2002).

A PROFIS tem como papel importante além de oferecer às crianças portadoras de fissura labiopalatal atendimento multidisciplinar, o acolhimento destas e estímulos para uma melhor interação com a sociedade e principalmente proporcionar um melhor convívio com seus pais, bem como assistência à criança e à família durante todo processo de encaminhamento para a cirurgia em Bauru (SP), para assim a criança ter uma boa recuperação, não interferindo em seu processo de desenvolvimento.

6. CONCLUSÃO

A média de idade de aquisição da marcha em portadores de fissura lábio-palatal está na faixa etária, segundo o Teste de desenvolvimento de Denver (12 a 14 meses). Com isso, podemos mostrar que o desenvolvimento da marcha não é alterado apesar do portador de fissura passar por processos cirúrgicos, receber super proteção dos pais e até mesmo o receio dos mesmos em não oferecer à criança o que há de melhor para sua total reabilitação, crescimento e desenvolvimento.

Evidenciamos também a importância dos aspectos ambientais, familiares e psicológicos no desenvolvimento da criança. Vimos como é necessário que os pais de portadores de fissura tenham apoio de uma equipe multidisciplinar da saúde, para que possam receber orientações e cuidados necessários para o crescimento de seu filho.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AVERY, G. B. Cirurgia do Recém-Nascido. In: RANDOLPH, J. G.; ALTMON, P. P.; ANDERSON, K. D. **Neonatologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984. cap. 34, p. 791
2. BEHRMAN, V. M. Sistema digestivo. In: _____. **Tratado de Pediatria**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. cap. 11, p. 977-978.
3. CARVALHO, A. P. B. de; TAVANO, L. D. 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 – Bauru. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 36, n. 12, 2000.
4. COLARES, V.; RICHAN, L. Fatores psicológicos e sociais relacionados às crianças portadoras de fissuras labiopalatais. **Revista Pediatria Moderna**. Pernambuco, v. 38, n. 11, p. 513-516, nov. 2002.
5. COUTO, M. S. Justificativas. In: _____. **Avaliação Neurológica Infantil nas Ações Primárias da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 3-5.
6. D'AGOSTINO, L; JORGE, D. A criança portadora de fissura labiopalatal. **Revista Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 26, p. 480-485, 1991.
7. DALBEN, G. S.; COSTA, B.; GOMIDE, M. R. Características do bebê portador de fissura lábio-platal – aspectos de interesse para o cd. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. São Paulo, maio-jun. 2002.

8. FRATTESI, F. F. et al. Proposta de um Método Lúdico (Método da Amarelinha) para Aplicação do Teste de Desenvolvimento de Denver. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte, 2004.
9. FREITAS, J.A.S.; FREITAS, P. Z. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. **Revista Sinopse de Pediatria**. São Paulo, n.3, set.1999. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1304>. Acesso em: 16 jun. 2005.
10. GRAZIOSI, M. A. O. C.; SALGADOM. A. C.; CASTILHO, J. C. M. Investigação epidemiológica em indivíduos portadores de fendas labiais e/ou palatinas. **Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos**. São Paulo, v.3, n.1, jan./jun., 2002.
11. HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n. 6, p. 421 – 428, 2000.
12. LIMA, C. B. et al. Equilíbrio dinâmico: influência das restrições ambientais. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. São Paulo, v.3 n.1, p. 83-94, 2001.
13. LOFFREDO, L. C. M.; FREITAS, J. A. S.; GRIGOLLI, A. A. G. Prevalence of oral clefts from 1975 to 1994, Brasil. **Revista Saúde Pública**., v. 35, n. 6 p.571-575, dec. 2001 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-89102001000600011&lng=en&nrm=iso acesso em: 15 de agosto de 2004.

14. MANCINI, M. C. et al. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife, v. 4, n.1, p. 25-34, 2004.
15. MURAHOVSKI, J. Os problemas da boca e das glândulas salivares. In: _____. **Pediatria: Diagnóstico + Tratamento**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1981. cap. 4, p. 291-296.
16. MUSTACCHI, Z.; PERES, S.; MUGAYAR L. R. F. **Genética Baseada em evidências – Síndromes e heranças**. São Paulo: Cid, 2000. Cap. 19, pg. 777-788 .
17. PRADA, C. G.; VALLE, T. G. M. do; PIMENTEL, M. C. M., 2000. A percepção de si da criança portadora de fissura labiopalatal. **Revista Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 36 n.3, mar. 2000.
18. REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
19. ROCHA, A. et al. Criança que anda tarde. Preocupa? **Revista Saúde Infantil**. [Si], v. 21 n. 2 p. 15-22, 1999.
20. SHEPHERD, R. B. A Criança, seus pais e o fisioterapeuta. In: _____. **Fisioterapia em Pediatria**. 3 ed. São Paulo: Santos, 1998. cap. 1, p. 3-7.
21. SHUMWAY-COTT, A.; WOOLLAROTT, M. H. Uma perspectiva da mobilidade no decorrer da vida. IN: _____ **Controle motor – teoria, aplicações e práticas**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2003. cap 13, p. 321-348.

ANEXO A

Consentimento livre e esclarecido

Nós Carolina Fonseca dos Passos e Fabíola Dassiê Falcão, alunas do 3º ano do curso de Fisioterapia da EMESCAM, viemos, por meio desta pedir a autorização para utilizarmos o espaço da PROFIS com o intuito de realizarmos um estudo para nossa monografia de conclusão de curso.

O nosso estudo terá como objetivo comparar a aquisição da marcha entre crianças com fissura labio-palatal, com uma escala de desenvolvimento da criança.

Temos visto a necessidade de fazermos esse trabalho, pois há escassez de estudos sobre Fissura Lábio-Palatal no Espírito Santo. Além disso, vimos à necessidade de conhecer os problemas e atualizarmos dados sobre pessoas com essa anomalia congênita, no nosso estado, para, com isso, intervirmos da melhor maneira possível. Queremos também através dessa pesquisa contribuir e incentivar futuras pesquisas referentes a esse assunto.

Desde já agradecemos pela atenção.

Carolina Fonseca dos Passos

Fabíola Dassiê Falcão

TABELAS

Sexo	Número	Percentual
Feminino	426	44,1
Masculino	540	55,9
Total	966	100,0

Tabela 1. Número de casos segundo o sexo.

Sexo	Média±DP	Percentil		
		25	50	75
Feminino	12,8±4,0	11	12	14
Masculino	13,8±5,9	11	12	15
Total	13,4±5,2	11	12	14

Tabela 2. Idade, em meses, do início da marcha dos pacientes segundo o sexo.

Idade (meses)	Número	Percentual
7	1	0,20
8	7	1,60
9	38	8,70
10	40	9,20
11	77	17,70
12	112	25,70
13	18	4,10
14	44	10,10
15	27	6,20
16	13	3,00
17	12	2,80
18	13	3,00
19	1	0,20
20	2	0,50
21	3	0,70
23	3	0,70
24	13	3,00
27	1	0,20
28	1	0,20
29	2	0,50
30	1	0,20
32	1	0,20
36	4	0,90
48	1	0,20
60	1	0,20
Total	436	100,00

Tabela 3. Distribuição da idade da aquisição da marcha.

Tipo de fissura	Número	Percentual
Trans Forame	361	48,6
Pré Forame	202	27,2
Pós Forame	180	24,2
Total	743	100,0

Tabela 4. Número de casos segundo Fissura Labial

Em 223 (23,1%) dos pacientes o tipo de fissura era desconhecido.

Tipo de fissura	Média±DP	Percentil		
		25	50	75
Trans Forame	13,5±6,1	11	12	14
Pré Forame	13,4±5,1	11	12	15
Pós Forame	12,8±3,3	11	12	14
Total	13,4±5,2	11	12	14

Tabela 5. Idade, em meses, do início da marcha dos pacientes segundo o tipo de fissura.

Mesorregião	Número	Percentual
Metropolitana	656	67,9
Norte	114	11,8
Noroeste	65	6,7
Sul	131	13,6
Total	966	100,0

Tabela 6. Número de casos segundo mesorregião do Estado do Espírito Santo.

Tipo de fissura	Média±DP	Percentil		
		25	50	75
Metropolitana	13,1±5,1	11	12	14
Norte	13,0±3,6	11	12	14
Noroeste	14,1±5,4	10	12	17
Sul	14,7±6,1	12	12	15
Total	13,4±5,2	11	12	14

Tabela 7. Idade, em meses, do início da marcha dos pacientes segundo a mesorregião do Estado do Espírito Santo.

GRÁFICOS

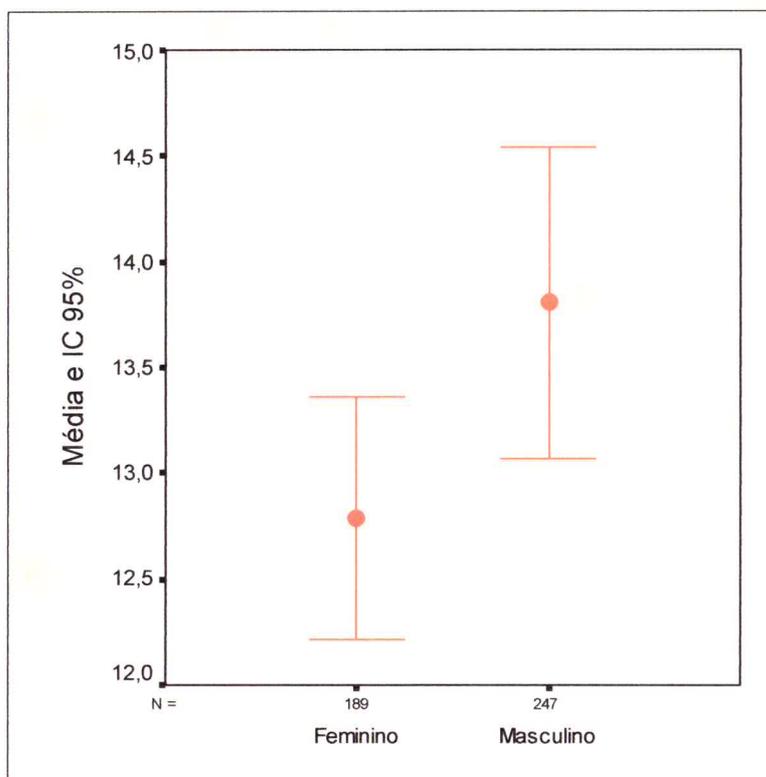


Gráfico 1. Erro-bar da idade, em meses, do início da marcha dos pacientes segundo o sexo.

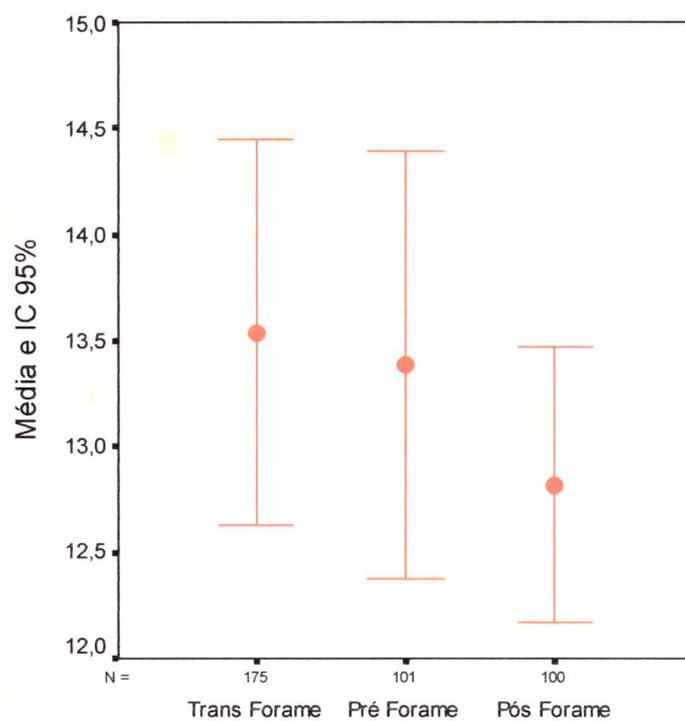


Gráfico 2. Erro-bar da idade, em meses, do início da marcha dos pacientes segundo o tipo de fissura.

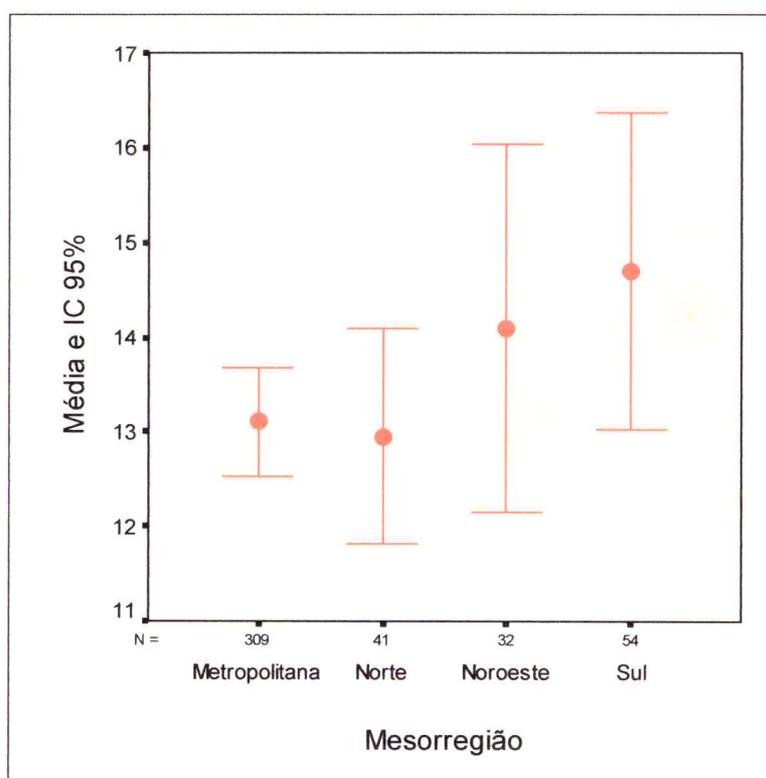


Gráfico 3. Erro-bar da idade, em meses, do início da marcha dos pacientes segundo a mesorregião do Estado do Espírito Santo.