

Inteligibilidade de fala após palatoplastia primária: percepção do ouvinte

Speech intelligibility after primary palatoplasty: listener perception

Mariana Lopes Andreoli¹, Renata Paciello Yamashita¹, Ivy Kiemle Trindade-Suedam^{1,2}, Ana Paula Fukushiro^{1,2}

RESUMO

Objetivo: Verificar os resultados de inteligibilidade da fala de pacientes submetidos à palatoplastia primária, de acordo com o julgamento perceptivo de cinco examinadores, experientes ou não, no tratamento de fissuras labiopalatinas. **Métodos:** Foram analisados os registros de fala espontânea, armazenados em sistema audiovisual, de 78 pacientes com fissura labiopalatina previamente reparada, de ambos os gêneros, a partir de 4 anos de idade, submetidos à palatoplastia primária. As amostras de fala foram analisadas por cinco diferentes examinadores, que classificaram a inteligibilidade de fala utilizando uma escala de 3 pontos (1=boa, 2=regular e 3=ruim). A concordância interexaminadores foi verificada por meio do coeficiente de Kappa. O sucesso da reabilitação foi analisado descritivamente quanto às proporções de pacientes, de acordo com o grau de inteligibilidade pós-operatória, determinada pelos examinadores. A significância entre as diferenças das proporções obtidas para cada categoria foi verificada pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** A concordância entre os examinadores variou de discreta a substancial. Em mais da metade das amostras os examinadores obtiveram concordância plena. Com base nos valores médios dos julgamentos dos avaliadores, uma proporção significativa dos casos apresentou boa inteligibilidade de fala. **Conclusão:** Verificou-se adequação da inteligibilidade de fala após a palatoplastia primária, na maioria dos casos estudados, sugerindo, assim, que esses pacientes são bem compreendidos em seu meio social. A experiência do avaliador mostrou-se uma variável importante na análise.

Descritores: Fissura palatina; Inteligibilidade da fala; Percepção da fala; Insuficiência velofaríngea; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos

ABSTRACT

Purpose: To verify the results of speech intelligibility in individuals submitted to primary palatoplasty, according to perceptual analysis by five examiners, experienced or not with the treatment of cleft lip and palate. **Methods:** Analysis of spontaneous speech records, registered in audio-visual system, of 78 individuals with repaired cleft lip and palate, of both genders, aged more than 4 years old, submitted to primary palatoplasty. The speech samples were analyzed by five different examiners, who scored the speech intelligibility using a three-point scale (1=good, 2=regular, and 3=bad). The interexaminer agreement was assessed by the Kappa coefficient. The treatment success was analyzed descriptively regarding the proportion of patients according to the postoperative speech intelligibility, as determined by the examiners. Significance between differences was verified by the chi-square test ($p < 0.05$). **Results:** The interexaminer agreement ranged from fair to substantial. Full agreement between the five examiners was observed in more than half of cases. Based on the mean values assigned by the examiners, a significant proportion of cases showed good speech intelligibility after palatoplasty. **Conclusion:** The present outcomes evidenced adequate speech intelligibility after primary palatoplasty in the majority of cases, suggesting that these individuals are well understood in their social environment. The examiner experience presented to be an important variable in the analysis.

Keywords: Cleft palate; Speech intelligibility; Speech perception; Velopharyngeal insufficiency; Reconstructive surgical procedures

Trabalho realizado no Laboratório de Fisiologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo – USP – Bauru (SP), Brasil.

(1) Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo – USP – Bauru (SP), Brasil.

(2) Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – USP – Bauru (SP), Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: *MLA* autora principal, responsável pela coleta e análise dos dados e redação do artigo; *RPY* colaboração na coleta e análise dos dados e redação do artigo; *IKTS* participação na coleta de dados e redação do artigo; *APF* líder do grupo de pesquisadores, responsável pela ideia original, projeto e delineamento do estudo, orientação geral das etapas de execução e elaboração do manuscrito.

Autor correspondente: Ana Paula Fukushiro. E-mail: anapaulaf@usp.br

Recebido em: 21/12/2015; **Aceito em:** 11/5/2016

INTRODUÇÃO

De etiologia multifatorial, as fissuras labiopalatinas são malformações que correspondem à falta de fusão entre os processos faciais embrionários, estabelecidas precocemente na vida intrauterina, mais precisamente até a décima segunda semana gestacional. Com extensões anatômicas variadas, podendo envolver o lábio e palato, de forma isolada ou conjunta, as fissuras necessitam de procedimentos que abordem a recuperação estética e adequação funcional, a fim de permitir ao indivíduo sua integração psicossocial⁽¹⁾.

A base para o tratamento das fissuras se constitui nas cirurgias primárias, que têm por objetivo restabelecer as condições anatômicas e funcionais das estruturas envolvidas, a fim de se prevenir e atenuar alterações, como, por exemplo, os distúrbios de fala. A queiloplastia e a palatoplastia representam as primeiras cirurgias plásticas reparadoras executadas ao longo e complexo processo de tratamento e, em conjunto com as demais abordagens terapêuticas, são fundamentais para a reabilitação do paciente⁽²⁾.

Em qualquer tipo de fissura que envolva o palato, a comunicação entre as cavidades oral e nasal, decorrente dessa abertura, pode comprometer a produção da fala de diferentes formas, tornando-se um dos problemas mais estigmatizantes para o indivíduo com fissura. As manifestações mais comuns causadas por essa deficiência de origem estrutural, designada como insuficiência velofaríngea (IVF), são: a hipernasalidade, a emissão de ar nasal (audível ou não) e as articulações compensatórias^(3,4). Tais manifestações influenciam diretamente na inteligibilidade de fala, podendo comprometer a compreensão e o entendimento da mensagem produzida pelo falante, dificultando sua comunicação oral e interferindo na sua integração psicossocial^(5,6).

A palatoplastia, em particular, visa a reconstrução do defeito morfológico do palato duro e mole e, funcionalmente, tem o objetivo de proporcionar condições para que o véu palatino auxilie o mecanismo velofaríngeo na separação das cavidades oral e nasal, durante as funções orofaciais, como a fala, a deglutição e o sopro. Durante a fala, o correto funcionamento desse mecanismo é condição fundamental para a ressonância oronasal equilibrada e para a geração de pressão intraoral em níveis adequados. Sendo assim, o sucesso cirúrgico da palatoplastia deve ser avaliado pelos resultados observados quanto à fala^(2,7).

Apesar do reconhecido empenho para que tais alterações sejam eliminadas por meio da cirurgia primária do palato, em muitos casos, os sintomas da IVF não são eliminados, sendo necessário, então, um procedimento secundário⁽⁸⁾. De acordo com a literatura, a prevalência de IVF residual após a palatoplastia pode variar de 5% a 60% entre os casos estudados, dependendo de diversas variáveis.

A avaliação perceptiva da fala é o principal método para diagnosticar os sintomas de fala decorrentes da IVF, sendo indispensável na prática clínica^(4,9).

Tratando-se de um julgamento subjetivo, entretanto, o procedimento está sujeito a variações e erros, mesmo entre ouvintes treinados na avaliação da fala de pacientes com fissura palatina^(7,10). Sendo assim, em função da subjetividade, faz-se necessária a análise por mais de um avaliador. A utilização de examinadores na avaliação de aspectos subjetivos da fala de indivíduos com fissura labiopalatina tem sido um critério fortemente recomendado nos últimos anos, principalmente em se tratando de resultados de pesquisa ou de auditorias institucionais^(11,12).

Com base nessas considerações, o presente estudo teve como objetivo verificar a inteligibilidade de fala após a palatoplastia primária, sob a percepção de cinco diferentes ouvintes.

MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido no Laboratório de Fisiologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP, ofício nº120/2011 SVAPEPE-CEP.

Foram analisados os registros de fala previamente gravados em atendimentos ambulatoriais, como um procedimento de rotina, de 78 pacientes com fissura de palato, associada ou não à fissura de lábio, com idade acima de 4 anos (10 anos, em média), regularmente matriculados na instituição. Assim, o estudo compreendeu a análise de um único grupo, composto por 30 pacientes com fissura isolada de palato, 36 com fissura de lábio e palato unilateral e 12 com fissura de lábio e palato bilateral. Todos os participantes foram submetidos à palatoplastia primária na instituição, aos 12 meses de idade, em média. Os indivíduos que apresentavam fissura de lábio associada à fissura de palato foram submetidos à queiloplastia, aos 3 meses de idade, em média. A fonoterapia não foi uma variável analisada nestes casos. Não foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de síndromes craniofaciais congênitas, como a síndrome Velocardiofacial, síndrome de Apert, síndrome de Crouzon, sequência de Robin, síndrome de Down, entre outras, verificadas a partir da análise de prontuários; pacientes submetidos a outros procedimentos cirúrgicos após a palatoplastia, que pudessem interferir nos resultados de fala, como a correção de fístulas de palato e alongamento de columela; pacientes que apresentaram congestão nasal na ocasião da gravação de fala, observada pelo avaliador.

De acordo com o protocolo de rotina utilizado no laboratório, as amostras de fala foram registradas simultaneamente, em sistema digital audiovisual. Para a captação dos registros em áudio, foi utilizado um microfone marca Sony®, modelo ECM-MS957, posicionado em um suporte específico, a uma distância de 40 cm da boca do paciente. Para os registros em vídeo, utilizou-se uma filmadora digital marca JVC®, modelo GZ-MG555, sustentada por um tripé posicionado a 1 m de distância da cadeira na qual o paciente encontrava-se sentado.

As amostras de fala espontânea apresentaram,

aproximadamente, 30 segundos de duração e foram obtidas a partir de questões dirigidas, como “Conte-me quantos anos você tem, em que série está e o que gosta de fazer”, “Conte-me o que você fez ontem”, “Conte-me um passeio que gostou de fazer”. Após seleção aleatória, todas as amostras de vídeos foram visualizadas integralmente, antes de qualquer edição, para que o pesquisador pudesse verificar o relato de informações pessoais (nome, endereço, cidade de origem) e editá-las, a fim de preservar a integridade do paciente, seguindo os preceitos éticos. A seguir, as amostras foram editadas em *software* específico (Windows MovieMaker®), com a finalidade de selecionar apenas a fala espontânea do paciente, eliminando a fala do terapeuta, para que não ocorressem interferências na análise dos examinadores. Os 78 vídeos foram, então, gravados em cinco dispositivos móveis de memória (*pendrive* SanDisk®), contendo quatro *gigabytes* de memória cada um, adquiridos somente para essa finalidade, gerando, assim, cinco cópias dos arquivos. Adicionalmente, foi entregue a cada um dos cinco examinadores uma planilha para inserção dos resultados e uma carta de instruções sobre como proceder à análise, com a seguinte informação: “Ao ouvir a fala, solicitamos que classifique a inteligibilidade - nível de compreensão da fala - como *Boa*, quando conseguir compreender todo o conteúdo; *Regular*, compreende parcialmente a mensagem e *Ruim*, quando a compreensão é quase nula”. Após análise e avaliação dos vídeos, os dispositivos de memória foram devolvidos pelos examinadores, após dois meses, em média, para a análise estatística.

Dentre os examinadores, havia um fonoaudiólogo experiente (FE) na área de fissura labiopalatina, com tempo de atuação maior que seis anos; um fonoaudiólogo não experiente (FNE) na área de fissura labiopalatina, atuante na área de Linguagem; um profissional (não fonoaudiólogo) de outra área da saúde (NF), com experiência de dez anos na área de fissura labiopalatina, e dois profissionais de áreas não relacionadas à saúde, sem experiência em fissura labiopalatina, sendo um profissional da área de Biologia, atuante na área de Botânica (Leigo 1), e um profissional da área de Direito (Leigo 2). Os cinco examinadores foram instruídos a analisar as amostras individualmente, em ambiente silencioso e em número de vezes necessárias, a fim de se classificar a inteligibilidade para cada um dos pacientes, de acordo com uma escala de 3 pontos, em que 1=boa, 2=regular e 3=ruim.

A concordância entre os examinadores na avaliação da inteligibilidade de fala foi verificada por meio do coeficiente de Kappa⁽¹³⁾, em que coeficiente abaixo de zero não indica concordância; de 0-0,20 concordância pobre; 0,21-0,40 discreta concordância; 0,41-0,60 moderada; 0,61-0,80 substancial e de 0,81-1,0 concordância quase perfeita.

Com base no julgamento dos cinco examinadores, foi estabelecido um escore final de inteligibilidade para cada paciente, determinado a partir do julgamento da maioria dos examinadores. O sucesso do tratamento foi, então, analisado descritivamente quanto às proporções de pacientes, de acordo com o grau de inteligibilidade pós-operatória. Após a análise das 78 amostras de fala dos pacientes submetidos à palatoplastia primária, calculou-se a proporção de respostas para cada classificação da inteligibilidade, de acordo com cada um dos cinco examinadores. A significância entre as diferenças das proporções obtidas para cada categoria foi verificada pelo teste Qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

O cálculo da proporção de respostas para cada classificação de inteligibilidade, de acordo com cada um dos cinco examinadores, revelou que o FE classificou 58 amostras (74%) como inteligibilidade boa, 12 (15%) como regular e 8 (10%) como ruim. O FNE classificou 63 amostras (81%) como inteligibilidade boa, 10 (13%) como regular e 5 (6%) como ruim. O profissional NF classificou 45 amostras (58%) como inteligibilidade boa, 22 (28%) como regular e 11 (14%) como ruim. O Leigo 1 classificou 62 amostras (79%), como inteligibilidade boa, 11 (14%) como regular e 5 (6%) como ruim. Por fim, o Leigo 2 classificou 51 amostras (65%) como inteligibilidade boa, 16 (21%) como regular e 11 (14%) como ruim. Desta forma, a proporção de casos considerados com boa inteligibilidade variou de 58% a 81%. Para os casos ruins, essa variação foi de 6% a 14% (Tabela 1).

Em análise da quantidade de respostas iguais para uma mesma amostra, observou-se que, em 58% delas (45/78), os 5 examinadores obtiveram 100% de concordância. Quatro concordaram em 19% das amostras (15/78), 3 concordaram em 20% (16/78) e, em 3% (2/78), houve concordância de apenas 2 dos 5 examinadores (Figura 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com a inteligibilidade de fala

Inteligibilidade	Examinadores									
	FE		FNE		NF		Leigo 1		Leigo 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Boa	58	74	63	81	45	58	62	80	51	65
Regular	12	16	10	13	22	28	11	14	16	21
Ruim	8	10	5	6	11	14	5	6	11	14

Legenda: FE = fonoaudiólogo experiente na área de fissura labiopalatina; FNE = fonoaudiólogo não experiente na área de fissura labiopalatina; NF = profissional não fonoaudiólogo experiente na área de fissura labiopalatina; Leigo 1 = profissional de área não relacionada à saúde; Leigo 2 = profissional de área não relacionada à saúde

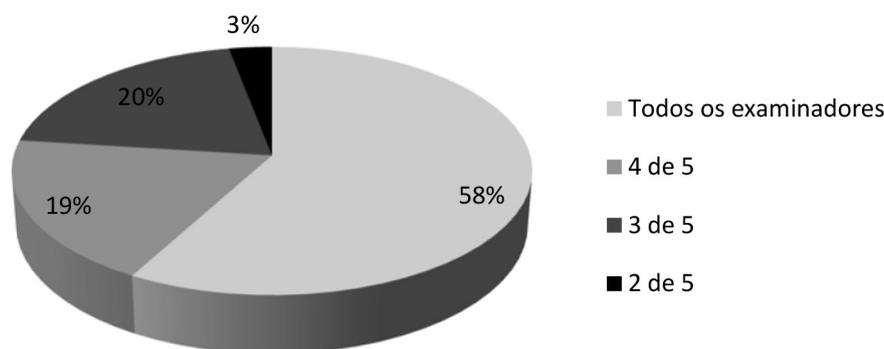


Figura 1. Análise da concordância interexaminadores no julgamento perceptivo da fala: proporção de casos com concordância total (todos os examinadores) e porcentagem de casos com concordância parcial (4 de 5, 3 de 5, 2 de 5)

Assim, a concordância entre os examinadores, obtida por meio do coeficiente de Kappa, variou de discreta a substancial (0,32 a 0,66), com concordância média indicativa de moderada (0,51). A melhor concordância obtida, substancial (0,66), ocorreu entre FE e FNE e a pior concordância, discreta (0,32), foi observada entre o Leigo 1 e NF (Tabela 2).

Com base nos valores medianos dos julgamentos dos cinco avaliadores, analisou-se o resultado da palatoplastia primária. Dentre as 78 amostras de fala analisadas, 59 (76%) foram classificadas como boa inteligibilidade, 11 (14%) classificadas como regular e 8 (10%) como ruim, demonstrando o sucesso da palatoplastia, no que se refere à inteligibilidade de fala.

DISCUSSÃO

No protocolo de tratamento da instituição onde este estudo foi elaborado, a palatoplastia é realizada, idealmente, aos 12 meses de idade. Considerando que o desenvolvimento de uma fala normal é o principal objetivo da reparação cirúrgica da fissura palatina, a intervenção nessa idade mostra resultados de fala satisfatórios. A qualidade da fala, a partir da percepção auditiva, continua sendo o padrão mais importante por meio

do qual podemos avaliar os resultados clínicos e o sucesso do procedimento cirúrgico^(9,12).

É fato que, na presença da fissura palatina, são encontradas alterações de fala das mais variadas formas, desde simples distorções, até uma fala ininteligível, comprometimentos estes que podem afetar as interações sociais, impedindo a pessoa de transmitir seus pensamentos e sentimentos de maneira efetiva. Portanto, o indivíduo com fissura labiopalatina merece destaque no estudo das relações interpessoais, pois a dificuldade de comunicação pode trazer diversos comprometimentos, dentre eles, o afastamento social⁽⁶⁾.

O foco principal do presente trabalho foi verificar o grau de inteligibilidade da fala após a palatoplastia primária, por meio da análise de como o paciente com fissura labiopalatina, ainda que reparada, é ouvido pelos indivíduos da sociedade, de forma geral. Em função das estruturas envolvidas, a fissura de palato (isolada ou associada à fissura de lábio) é a responsável pelos distúrbios relacionados à disfunção velofaríngea, que reduzem a inteligibilidade de fala, causando as dificuldades de comunicação oral. Por esse motivo, foram incluídos, de forma aleatória, e analisados como um único grupo, os três tipos de fissuras mais comuns que envolvem o palato: a fissura isolada de palato, a fissura de lábio e palato unilateral e a fissura de lábio e palato bilateral.

Tabela 2. Grau de concordância da inteligibilidade de fala entre os cinco examinadores

Examinadores	% de concordância	Coeficiente Kappa	Interpretação
FE X FNE	87,18	0,66	Substancial
FE X LEIGO1	79,49	0,46	Moderada
FE X LEIGO2	79,49	0,56	Moderada
FE X NF	80,77	0,63	Substancial
FNE X LEIGO1	84,62	0,54	Moderada
FNE X LEIGO2	76,92	0,54	Moderada
FNE X NF	70,51	0,40	Discreta
LEIGO1 X LEIGO2	73,08	0,39	Discreta
LEIGO1 X NF	66,67	0,32	Discreta
LEIGO2 X NF	79,49	0,62	Substancial
Média dos 5 examinadores		0,51	Moderada

Legenda: FE = fonoaudiólogo experiente na área de fissura labiopalatina; FNE = fonoaudiólogo não experiente na área de fissura labiopalatina; NF = profissional não fonoaudiólogo experiente na área de fissura labiopalatina; Leigo 1 = profissional de área não relacionada à saúde; Leigo 2 = profissional de área não relacionada à saúde

Assim, utilizou-se a avaliação de cinco diferentes ouvintes, na tentativa de se compreender a forma como o indivíduo com fissura palatina é ouvido e compreendido em seu meio social, comparativamente ao ambiente terapêutico. O fonoaudiólogo experiente na área de fissura labiopalatina foi escolhido propositalmente, para ser referência entre os outros quatro participantes. A escolha do fonoaudiólogo não experiente na área se deu em função de verificar se os conhecimentos adquiridos no estudo da comunicação humana, ou seja, na formação que o fonoaudiólogo recebe, independentemente da sua área de atuação, teriam influência na análise das amostras. A escolha do profissional de outra área da saúde, com experiência na área de fissura labiopalatina, ocorreu para verificar se o convívio com o paciente e/ou a experiência na área facilitaria o entendimento da fala, ou tornaria o profissional mais rígido em sua análise. Já a escolha dos leigos, deu-se em função de verificar como o indivíduo com fissura é visto por profissionais que não atuam na reabilitação da fala, a partir da análise de profissionais de outras áreas do conhecimento, como o Direito e a Botânica.

A inteligibilidade de fala é a capacidade que um indivíduo possui de produzir sons reconhecíveis por meio da fala, ou seja, quando a fala do orador é compreendida pelo ouvinte⁽¹⁴⁾. Sabe-se que a fala de uma criança com fissura labiopalatina pode ser prejudicada, ou até mesmo ininteligível, ocasionando problemas no ato de comunicar-se. A escolha deste aspecto da fala para ser analisado neste estudo ocorreu em função de melhor refletir sobre a produção oral de qualquer indivíduo, independente do conteúdo da mensagem.

A avaliação da inteligibilidade da fala foi realizada em indivíduos com idade mínima de 4 anos (n=1), em função da necessidade de colaboração do paciente para os procedimentos de avaliação e gravação, além do fato de uma criança nesta idade já possuir habilidades discursivas em sua fala espontânea, de acordo com as etapas de desenvolvimento da linguagem⁽¹⁵⁾. Ainda assim, há que se considerar que simplificações fonológicas são esperadas para a idade, ou ainda, não se pode excluir a hipótese de que atrasos na aquisição e desenvolvimento da fala em pacientes maiores possam ter influenciado o aspecto em questão. Em média, a idade na ocasião da avaliação foi de 10 anos.

Na análise da concordância entre os examinadores, verificou-se grande variação, sendo que os níveis de concordância mais baixos foram encontrados entre o fonoaudiólogo não experiente e o profissional experiente não fonoaudiólogo (de outra área) e entre os dois leigos no assunto e o profissional experiente não fonoaudiólogo. Quando comparados os profissionais de outra área, sem experiência na área da fissura labiopalatina (leigos 1 e 2), constatou-se diferenças no julgamento e pouca concordância entre os mesmos, o que pode estar relacionado à ausência de conhecimento dos padrões da fala normal e desviante, confirmada pela falta de consenso na classificação. Além disso, a concordância discreta entre os dois leigos aponta para o fato de cada um interpretar a fala de acordo com os seus

critérios preexistentes, ainda que nenhum deles tivesse contato prévio com a fissura labiopalatina. Pode-se inferir que o leigo 2 tenha interpretado as amostras de forma mais “criteriosa” que o leigo 1, uma vez que julgou como de boa inteligibilidade 51 amostras, enquanto que o leigo 2 determinou essa classificação em 62, ou, então, que realmente tenha tido maiores dificuldades em compreender a fala dos indivíduos com fissura, resultando em menor proporção de pacientes com boa inteligibilidade.

Observou-se, ainda, que houve concordância substancial entre o fonoaudiólogo experiente na área de fissura e o fonoaudiólogo não experiente, demonstrando haver baixa discrepância no julgamento da fala entre os profissionais. Esse fato pode ser justificado em razão do amplo contato que o profissional fonoaudiólogo possui com a fala desviante, tornando-o familiarizado com os distúrbios da comunicação, independentemente de sua natureza. Quando comparados o fonoaudiólogo experiente e o profissional experiente não fonoaudiólogo, também encontramos concordância substancial, constatando que a experiência e contato que ambos tiveram em sua prática os tornaram peritos na classificação da fala desviante. Analisando-se os julgamentos do fonoaudiólogo experiente na área de fissura e do profissional experiente não fonoaudiólogo, observamos que ambos apresentaram alto rigor na análise dos resultados, achado que se relaciona com a experiência na área. O Leigo 1 (profissional de Botânica) obteve índice maior de discordância com o fonoaudiólogo experiente, demonstrando que o conhecimento do fonoaudiólogo e o rigor no julgamento tornam a análise substancialmente diferente. O Leigo 2 (profissional do Direito) foi o que menos compreendeu a fala. Dentre os profissionais experientes na área de fissura, o profissional de outra área teve menor compreensão que o fonoaudiólogo.

De maneira semelhante ao que foi observado no presente estudo, outros trabalhos também observaram concordância variável entre diferentes ouvintes^(12,16,17). Estudo envolvendo a avaliação da hipernasalidade, baseada em três avaliadores com experiência superior a dez anos no tratamento de pacientes com fissura labiopalatina, verificou índice moderado de concordância entre eles, justificando que o resultado pode estar associado às diferenças relacionadas aos padrões internos de cada avaliador⁽¹²⁾.

A intervenção fonoaudiológica tem papel fundamental na correção dos distúrbios da fala na presença da fissura labiopalatina e pode influenciar os resultados da palatoplastia primária. Entretanto, em função da subjetividade do relato de pacientes ou seus responsáveis, com relação à frequência, duração e enfoque terapêutico do tratamento, a fonoterapia não foi uma variável considerada nos casos deste estudo. Acredita-se, ainda, que para o propósito da percepção dos leigos, o conhecimento sobre a realização do tratamento pouco afetaria os resultados.

A análise perceptiva da fala é uma ferramenta muito importante na avaliação e quando existe concordância entre as medidas perceptivas e instrumentais, pode-se ter maior confiança nos achados clínicos⁽¹⁸⁾. Sendo assim, a experiência

do avaliador é um fator determinante na avaliação dos resultados, indicando que o avaliador experiente apresenta maior rigor em suas análises, o que favorece o diagnóstico preciso das alterações de fala. Ressalta-se, portanto, a importância do treinamento e experiência prévia na avaliação e tratamento das fissuras labiopalatinas⁽¹²⁾.

Uma das variáveis que deve ser considerada e que pode ter influenciado na avaliação dos examinadores é o apoio visual obtido por meio dos vídeos. A alta prevalência de respostas boas pode ter sofrido influência da leitura orofacial, ou até mesmo das expressões faciais durante a fala, facilitando sua compreensão. Ainda assim, há que se considerar que a comunicação oral ocorre a partir de um conjunto de habilidades adicionais à produção da fala, como expressão facial e gestos. A análise do componente áudio, exclusivamente, poderia confirmar essa hipótese.

No que se refere ao resultado da palatoplastia primária, o índice de sucesso de 76% quanto aos resultados de fala é semelhante a alguns achados na literatura internacional^(19,20) e inferiores a outros^(21,22), que relataram proporções de 90% e 95%. Apesar da incidência relevante, os 24% dos pacientes com IVF residual necessitarão de tratamento adicional, o que constitui um desafio para os clínicos e cirurgiões. A técnica cirúrgica primária utilizada, a cicatrização individual, a experiência do cirurgião e a fonoterapia pós-operatória são variáveis que igualmente devem ser consideradas na análise do sucesso da reabilitação⁽²³⁾.

Sugere-se a realização de estudos adicionais com outros grupos de examinadores, como por exemplo, familiares que tenham contato maior com a fala do paciente e outras pessoas de seu convívio social, indivíduos com diferentes níveis de escolaridade e pessoas de diferentes classes sociais, com o intuito de observar se esses fatores influenciam no julgamento e classificação da fala. Outras características de fala, além da inteligibilidade, também deverão ser abordadas nesse tipo de análise.

Ainda assim, as informações obtidas com o presente estudo são de extrema importância na verificação dos resultados de fala de indivíduos submetidos à palatoplastia primária, uma vez que permitem a melhor compreensão das dificuldades de comunicação oral do paciente com fissura labiopalatina, fora do ambiente terapêutico.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a palatoplastia primária foi expressivamente efetiva na adequação da inteligibilidade de fala na maioria dos casos estudados, sob a percepção de diferentes avaliadores, sugerindo que esses pacientes são bem compreendidos em seu meio social. Verificou-se, ainda, que a experiência do ouvinte influencia na determinação da inteligibilidade de fala de pessoas com fissura labiopalatina.

REFERÊNCIAS

1. Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, organizadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p. 17-50.
2. 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.
3. Trindade IEK, Genaro KF, Yamashita RP, Miguel HC, Fukushima AP. Proposta de classificação da função velofaríngea na avaliação perceptivo-auditiva da fala. *Pro Fono*. 2005;17(2):259-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872005000200015>
4. Kummer AW, Clark SL, Redle EE, Thomsen LL, Billmire DA. Current practice in assessing and reporting speech outcomes of cleft palate and velopharyngeal surgery: a survey of cleft palate/craniofacial professionals. *Cleft Palate Craniofac J*. 2012;49(2):146-52. <http://dx.doi.org/10.1597/10-285>
5. Pausch NC, Winter K, Halama D, Wirtz C, Yildirim V, Nattapong S. Psychosocial acceptance of cleft patients: has something changed? *Oral Maxillofac Surg*. 2015;20(1):19-26. <http://dx.doi.org/10.1007/s10006-015-0518-1>
6. Veronez FS, Luz CF, Galante JMB, Paes JT, Campos CB, Graciano MIG. Aspectos psicossociais dos pacientes com fissura labiopalatina: revisão sistemática. *Revista OMNIA Saúde*. 2011;6(1):27-33.
7. Johannisson TB, Lohmander A, Persson C. Assessing intelligibility by single words, sentences and spontaneous speech: a methodological study of the speech production of 10-year-olds. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2014;39(4):159-68. <http://dx.doi.org/10.3109/14015439.2013.820487>
8. Gart MS, Gosain AK. Surgical management of velopharyngeal insufficiency. *Clin Plast Sur*. 2014;41(2):253-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2013.12.010>
9. Ma L, Shi B, Li Y, Zheng Q. Velopharyngeal function assessment in patients with cleft palate: perceptual speech assessment versus nasopharyngoscopy. *J Craniofac Surg*. 2013;24(4):1229-31. <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0b013e31828a7877>
10. Trindade IEK, Yamashita RP, Gonçalves CGAB. Diagnóstico instrumental da disfunção velofaríngea. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, organizadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p. 123-43.
11. Lohmander A, Olsson M. Methodology for perceptual assessment of speech in patients with cleft palate: a critical review of the literature. *Cleft Palate-Craniofac J*. 2004;41(1):64-70. <http://dx.doi.org/10.1597/02-136>
12. Scarmagnani RH, Oliveira ACDAS, Fukushima AP, Salgado MH, Trindade IE, Yamashita RP. O impacto da concordância entre avaliadores no julgamento perceptivo da nasalidade da fala. *CoDAS*. 2014;26(5):357-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20142014068>
13. Landis JR, Koch GG. The measures of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.

14. Kent RD, Weismer G, Kent JF, Rosenbek JC. Toward phonetic intelligibility testing in dysarthria. *J Speech Hear Disord.* 1989;54(4):482-99. <http://dx.doi.org/10.1044/jshd.5404.482>
15. Scopel RR, Souza VC, Lemos SMA. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2012;14(4):732-41. <http://dx.doi.org/10.1044/jshd.5404.482>
16. Brunnegård K, Lohmander A, Doorn J. Comparison between perceptual assessments of nasality and nasalance scores. *Int J Lang Commun Disord.* 2012;47(5):556-66. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00165.x>
17. Larangeira FR, Dutka JDCR, Whitaker ME, Souza OMV, Lauris JRP, Silva MJF et al. Speech nasality and nasometry in cleft lip and palate. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(3):326-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.05.017>
18. Sweeney T, Sel D. Relationship between perceptual ratings of nasality and nasometry in children/adolescents with cleft palate and/or velopharyngeal dysfunction. *Int J Lang Commun Disord.* 2008;43(3):265-28.
19. Ha S, Koh KS, Moon H, Jung S, Oh TS. Clinical outcomes of primary palatal surgery in children with nonsyndromic cleft palate with and without lip. *BioMed Res Int.* 2015;2015:ID185459. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/185459>
20. Lithovius RH, Ylikontiola LP, Sándor GK. Frequency of pharyngoplasty after primary repair of cleft palate in northern Finland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;117(4):430-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2013.12.409>
21. Sommerlad BC. A technique for cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(6):1542-8. <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000085599.84458.D2>
22. Funayama E, Yamamoto Y, Nishizawa N, Mikoya T, Okamoto T, Imai S et al. Important points for primary cleft palate repair for speech derived from speech outcome after three different types of palatoplasty. *Int J of Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014;78(12):2127-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.09.021>
23. Fukushiro AP, Trindade IEK. Nasometric and aerodynamic outcome analysis of pharyngeal flap surgery for the management of velopharyngeal insufficiency. *J Craniofac Surg.* 2011;22(5):1647-51. <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0b013e31822e5f95>