

TRATAMENTO FONAUDIOLÓGICO NA ASSOCIAÇÃO DE VATER

SPEECH PATHOLOGY TREATMENT IN THE VATER ASSOCIATION

*Izabella Santos Nogueira de Souza**

■ RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de Associação de VATER e o tratamento fonoaudiológico realizado. A Associação de VATER é um acrônimo em que cada letra significa uma malformação, podendo ser entendido da seguinte forma: V – defeitos vertebrais; A – atresia do ânus; T – fistula traqueoesofágica; E – atresia do esôfago; e R – malformação radial ou displasia renal. O estudo foi conduzido através de um enfoque teórico-prático, realizando-se uma revisão de literatura para fundamentar a prática fonoaudiológica em uma criança portadora desta Associação. O tratamento fonoaudiológico foi sugerido como de suma importância na criança portadora da Associação de VATER, uma vez que, em função das malformações acometidas no sistema digestivo, verificam-se alterações na deglutição. Considerou-se fundamental a atuação precoce do fonoaudiólogo junto ao bebê de risco com o objetivo de minimizar seqüelas no desenvolvimento do sistema motor oral.

UNITERMOS: Associação de VATER; disfagia; tratamento fonoaudiológico.

■ ABSTRACT

This research has the intention of report a case of VATER Association and the speech pathology treatment showed and accomplished in this study. The VATER Association is an acronym. Each letter stand for a kind of anomalie. It's a multiple congenital anomalies, involving skeletal, cardiovascular, renal, and gastrointestinal structures (vertebral, anal, cardiac, tracheal, esophageal, renal). The study is based on practice and theory. It was done a big revision using bibliography about this subject, to get a deep study and to connect this disease with Phonoaudiology. The phonoaudiologic treatment is very important to a children with VATER Association, because of the bad formations at digestive sistem. It's possible to perceive swallowing's perturbations. It's also important the children be treat by a multidisciplinary group. It's really important phonoaudiologer to treat the baby with this disease. A phonoaudiologic evaluation might prevent or damp down sequels on the development.

KEY WORDS: Vater Association; swallowing difficulty; speech pathology treatment.

* Fonoaudióloga Clínica formada pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR (1994); Especialista em Motricidade Oral pelo CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; Fonoaudióloga docente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

■ INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, ocorreram avanços consideráveis na área da saúde, principalmente no que diz respeito à tecnologia investida nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, aumentando consideravelmente a sobrevida de bebês de risco.

Ao falarmos em bebês considerados de risco, destaque especial deve ser dado às malformações congênitas em pacientes portadores de patologias passíveis de tratamento cirúrgico.

Dentre estas malformações, as que ocorrem no trato digestivo são responsáveis pela maioria dos sinais de alarme que acometem recém-nascidos. Um dos sinais de alarme ocorrentes é a atresia do esôfago, que se constitui na interrupção da continuidade do tubo esofágico, podendo vir acompanhada de uma fístula, que comunica o segmento distal do esôfago com a traquéia.

Segundo QUAN & SMITH (1973), metade dos casos de atresia do esôfago está associada a outras anomalias do próprio trato digestivo ou esqueléticas, urológicas, cardiovasculares e até neurológicas, sendo que um conjunto dessas malformações pode resultar na Associação de VATER, Síndrome de VATER ou Associação VACTERL.

Associação de VATER é um acrônimo em que cada letra significa uma malformação diferente que acomete os sistemas digestivo e respiratório, impedindo que o bebê se alimente por via oral, sendo portanto fundamental a intervenção fonoaudiológica o mais precocemente possível, com objetivo de adequar o sistema sensorio-motor oral, preparando-o para uma alimentação a mais próxima possível da fisiológica.

Sendo tão importante o tratamento fonoaudiológico em bebês com malformações nos sistemas digestivo e respiratório, é que decidimos fazer esta pesquisa, mostrando a importância de acompanhar estes bebês desde a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, dando continuidade ao tratamento, seguindo todo o seu desenvolvimento e crescimento, visando à melhoria de sua qualidade de vida.

■ METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através de um enfoque teórico-prático, no qual foram feitos, inicialmente, o levantamento e a análise bibliográfica a respeito da Associação de VATER. O estudo de caso se deu a partir da observação de uma criança portadora desta Associação.

A Associação de VATER é bastante rara, registrando-se apenas 250 (duzentos e cinquenta) casos descritos na literatura científica, ocorrentes no mundo inteiro. Sem causa específica e de uma sobrevida insignificante, os autores descrevem que apenas 15% passam do primeiro ano de

vida, devido ao grande número de malformações que acometem os sistemas digestivo e respiratório.

Decidiu-se fazer este estudo de caso em razão de ter chegado ao Setor de Tratamento Precoce da Universidade de Fortaleza uma mãe com um bebê de dois meses de idade com sonda gástrica, alimentando-se somente pela sonda e com diagnóstico de Síndrome de VATER. Até então se desconheciam as condições causais da mesma.

A partir daí, foi realizada uma anamnese com perguntas sobre os períodos pré, peri e pós-natais, dados da criança e cirurgias a que foi submetida. Uma avaliação minuciosa foi realizada pelo setor de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional de todo o desenvolvimento neuropsicomotor global e oral desta criança. Resolveu-se colocá-la, posteriormente, em tratamento semanal, acompanhando-se todo o seu desenvolvimento motor, cognitivo e oral.

■ DISCUSSÃO TEÓRICA

Associação de VATER

As funções de sugar, deglutir, mastigar e respirar são vitais para o desenvolvimento do ser humano. Para que tais funções sejam satisfatoriamente exercidas, são necessárias fisiologia e anatomia adequadas de todo o sistema digestivo e respiratório. Na Associação de VATER, há uma alteração de todos esses sistemas, devido às inúmeras malformações a que são acometidos.

Em 1973, QUAN & SMITH descreveram o termo Associação de VATER, acrônimo em que cada letra designaria uma malformação. O termo VATER pode ser assim entendido: V – defeitos vertebrais; A – atresia do ânus; T – fístula traqueoesofágica; E – Atresia do esôfago; R – malformação radial ou displasia renal.

TEMTAMY et al. (1974) associam outras anomalias às já descritas por QUAN & SMITH no que diz respeito à Associação de VATER. Algumas dessas anomalias são a cardiopatia e a artéria umbilical, que ocorriam com elevada frequência.

Nessa mesma época, QUAN & SMITH sugeriram uma possível etiologia para este conjunto de anomalias. Esta, uma malformação da mesoderme, era verificada durante a fase embrionária.

Embriologicamente, a explicação da Síndrome de VATER parece omitir a dilaceração desses processos ocorridos antes da quarta semana de vida intra-uterina. NORZ & KAUFMAN, citados por TEMTAMY et al. em 1974, sugeriram a casual relação entre a entrada de progesterona e estrogênio durante o período vulnerável da embriogênese a Associação de VATER. O mesmo espectro de malformações pode ocorrer em vários distúrbios, incluindo aberrações cromossômicas que podem ser causadas por muta-

ções genéticas. Conclui-se que os componentes relatados da Associação de VATER sugerem heterogenia na etiologia das malformações.

GREENBERG et al. descreveram que, na década de 80, utilizava-se o termo Síndrome de VACTERL, em que foram acrescentadas C, as cardiopatias, e L, do inglês "LIMB", ramo radial, podendo estar associada, também, à hidrocefalia.

Segundo QUAN & SMITH (1973) e NARBONA et al. (1983), além das malformações descritas, também podem ser encontradas: malformações de membros inferiores (43%); anomalias de órgãos genitais e das gônadas (43, 5%); anomalias de costelas (40%); anomalias de orelhas (39%); anomalias ureterais (36%); artéria umbilical única (33%); escoliose, cifose ou lordose (32%); hérnia inguinal (23,3%); anomalias do intestino (22%); fissura labiopalatina (13%); e atresia das coanas (11%).

KHOURY et al. (1983) relatam que existem, como diagnóstico diferencial, pacientes com trissomia 18, trissomia 13 e síndrome do miado do gato que apresentam 3 (três) ou mais elementos do complexo VACTERL. Esta associação também é encontrada na Síndrome de Meckel-Gruber, na Síndrome de Zellweger, na sirenomelia, na sequência de POTTER, na Síndrome de Goldenhar e na Síndrome das bridas amnióticas.

LANZA (1995) descreve a Associação de VATER como sendo de epidemiologia rara, com apenas 250 (duzentos e cinquenta) casos descritos em todo o mundo, com fatores de riscos esporádicos, associando em alguns casos filhos de mães diabéticas e 10% de infertilidade prévia.

Entre a quarta e sexta semana de gestação, podem ocorrer problemas na área mesodérmica específica, a qual produz anormalidades simultâneas nos 2/3 inferiores do corpo, como: trato gastrointestinal distal, trato genitourinário, coluna vertebral lombossacra, pélvis e membros inferiores; e no 1/3 restante do corpo (segmento superior), anomalias como: atresia esofágica com ou sem fístula traqueoesofágica, displasia radial e anormalidades cardíacas, vertebrais e respiratórias.

KRERBS et al. (1997) afirmam que a atresia do esôfago é uma anomalia congênita decorrente da falha do desenvolvimento do tubo neural, entre a quarta e quinta semana de vida intra-uterina nos tratos gastrointestinal e respiratório. Frequentemente, pode estar associada à presença de fístula traqueoesofágica em que o coto esofágico se comunica com a traquéia.

As manifestações clínicas mais frequentes na atresia do esôfago são: salivação excessiva por dificuldade de deglutar, vômitos, refluxo gastroesofágico, cianose, asfixia, distensão abdominal e polidrâmnio da mãe.

Fundamentação Teórica para o Estudo de Caso

Como foi citado anteriormente, as crianças portadoras da Associação de VATER podem apresentar três ou mais anomalias características desta associação. A criança C.L.P., a respeito da qual está sendo feito o estudo de caso, apresentou: atresia do esôfago; fístula traqueoesofágica; fenda palatina; estenose do piloro; e desvio radial do membro superior direito.

A maior parte das características malformativas foram citadas anteriormente, sendo que a criança apresentou outros sintomas raros que aparecem, segundo os autores, em uma pequena percentagem de pacientes, tais como estenose do piloro e fenda palatina (13%).

CARVALHO (1982) e MARANHÃO (1998) descrevem que a estenose do piloro é a mais comum malformação do estômago. Sua incidência é de uma em 750 (setecentas e cinquenta) crianças. Há controvérsias no que diz respeito à etiologia. Dentre os desencadeantes, pode-se citar o fator genético. Outras teorias dizem respeito à malformação das células nervosas, hiperestimulação vagal ou aumento de algumas substâncias secretadas pelo trato gastrointestinal, causando espasmo prolongado e gradativo do piloro.

Os sintomas raramente estão presentes ao nascimento, só se evidenciando por volta da primeira semana de vida. Sintomas típicos são vômitos em jato isento de bile e não precedidos de náuseas, o que ocorreu com a criança C.L.P. De início, são esporádicos, tornando-se mais frequentes com a progressão da obstrução, podendo acompanhar perda de peso, desidratação ou distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos.

Na paciente C.L.P., foi realizado tratamento cirúrgico, no qual foi executada uma piloromiotomia, que consistiu na abertura das fibras musculares do piloro hipertrofiado.

Outra malformação da paciente C.L.P. não descrita anteriormente diz respeito à fenda palatina.

Segundo LOFIEGO (1992), fenda palatina é uma malformação congênita na qual as duas metades do palato não se unem na linha média, formando uma comunicação entre as fossas nasais e a cavidade bucal.

SHPRINTZEN et al., citados por ALTMAN (1993), relatam que a fenda palatina ocorre em 68% dos casos associados a outras anomalias, constituindo sequência e/ou síndromes, que podem ser causadas por: ausência de movimentação da musculatura palatofaríngea no sentido horizontal; desenvolvimento inadequado do colágeno, resultando em inadequada movimentação dos processos palatinos que são causados pelo déficit no crescimento e alinhamento da base do crânio; ou quando a língua permanece entre os processos palatinos, impedindo a movimentação no sentido horizontal.

D'AGOSTINO et al. (1997) descrevem que há inúmeras classificações de fissura labiopalatina, sendo a classificação de SPINA em 1972 a mais utilizada, tomando por base o forame incisivo: a classificação da criança C.L.P. foi tipo pós-forame incompleta.

Na literatura, há divergência entre os autores quanto à idade ideal da cirurgia em função das repercussões no crescimento ósseo da face e no desenvolvimento da fala, variando de um ano a um ano e meio.

■ ESTUDO DE CASO

- ☐ *Paciente:* C. L. P.
- ☐ *Data do nascimento:* 19/dez/1997.
- ☐ *Parto:* Cesárea (opção).
- ☐ *Peso ao nascer:* 2.700 g.
- ☐ *Estatura:* 50 cm.
- ☐ *PC:* 34 cm.
- ☐ *PT:* 30 cm.
- ☐ *Idade gestacional:* 37 semanas.
- ☐ *Capurro:* 37 semanas.
- ☐ *Apgar:* 8 (do quinto minuto, não consta do primeiro).
- ☐ *Quadro Clínico:* "Recém-nascido evoluiu com quadro de desconforto respiratório + cianose + sialorréia nas primeiras horas de vida. Realizou Raios X de esôfago que evidenciou atresia com fistula traqueoesofágica."

Ao nascer, a paciente C. L. P. apresentou grande volume de secreção. Passada a sonda nasogástrica e submetida a paciente à radiografia de contraste, foi diagnosticada atresia de esôfago e fistula traqueoesofágica.

No mesmo dia foi realizada a primeira cirurgia. Não houve sucesso devido ao sopro que se abriu na hora da operação. Finalizada rapidamente, foi feita apenas uma gastrostomia incompleta.

A paciente voltou para Unidade de Terapia Intensiva, ficando em recuperação por 12 (doze) dias.

A segunda cirurgia foi feita no dia 31 de dezembro de 1997. Com a nova operação, houve sucesso na correção da atresia e da fistula. Completou-se a gastrostomia.

A paciente respondeu de forma bastante satisfatória ao pós-operatório, começando a dieta com 5 ml (cinco mililitros) de 3 (três) em 3 h (três horas) por via oral.

Recebeu alta após 15 (quinze) dias, evoluindo com episódios de vômitos seguidos.

Foi realizada seriografia de esôfago gástrico e diagnosticado refluxo gástrico. Começou-se, então, o tratamento clínico para superar o refluxo com postura semi-sentada a 45°, dieta fracionada e engrossada (mingau de Mucilon).

Nessa época, a paciente estava com: *Idade:* 1 m 15 d. *Peso:* 2.730 g. *PC:* 35,5 cm. *PT:* 33 cm e *estatura:* 52 cm.

Depois de sete episódios de regurgitação, a criança foi internada novamente com quadro de "refluxo gastroesofágico + desidratação + desnutrição."

Após a tentativa fracassada de corrigir o refluxo com tratamento clínico, foi submetida à terceira cirurgia. Na operação, o refluxo foi corrigido e durante o procedimento cirúrgico foi diagnosticada estenose de piloro (corrigida por ocasião dessa mesma cirurgia), sendo feita nova gastrostomia.

Idade: 1 m 23 d. *Peso:* 2.890 g. *PC:* 36 cm e *estatura:* 52 cm.

Completaram-se vinte e cinco dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva e a paciente teve alta com: *idade:* 2 m 16 d e *peso:* 3.210 g.

Avaliação

Aos dois meses, quando recebeu alta hospitalar, foi encaminhada ao setor de tratamento precoce da Universidade de Fortaleza, na qual procurou atendimento realizado por uma equipe multidisciplinar de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, oportunidade em que foi executada anamnese colhendo todos os dados citados anteriormente.

Foi realizada avaliação por toda a equipe interdisciplinar. Concluiu-se que a criança apresentava um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, verificou-se uma movimentação espontânea pobre e presa, predominância do tônus extensor de membros inferiores, não desenvolvimento do padrão extensor em pronação e do padrão flexor em supinação.

Revelou-se bom nível cognitivo e coordenações intersegmentares de cabeça presentes e simétricas. Porém, a paciente encontrava-se desorganizada, necessitando de orientação familiar relacionada às atividades de vida diárias.

Na avaliação fonoaudiológica, observou-se o seguinte: reflexo de busca fraco e assimétrico, sucção fraca e incoordenada com a deglutição e respiração, padrão primitivo de sucção com movimentos de flexão e extensão de língua, movimentos amplos de mandíbula suprimindo o espaço intra-oral diminuído, lábios apenas como apoio, respiração nasal e abdominal com ritmo adequado, deglutição com presença de tosse e engasgos frequentes.

Os órgãos fonoarticulatórios encontravam-se com lábios entreabertos, tonicidade diminuída, língua no soa-lho bucal com movimentação inadequada, presença de fenda palatina do tipo pós-forame com úvula bífida, apresentando uma sialorréia espessa e intensa.

Expressava uma hipersensibilidade intra-oral e não fazia uso de chupeta, sendo orientada posteriormente para a utilização da chupeta ortodôntica. Inicialmente, foi indicada a redonda, objetivando a canulação de língua.

O choro era forte e nasalizado com intenção comunicativa, sorriso presente e emissão de sons anteriores. Não havia suspeita de deficiência auditiva.

No decorrer do tratamento, ao ser introduzida a alimentação pastosa, por volta dos 4 (quatro) meses, foi observado que a criança apresentava dificuldades de deglutir alimentos dessa consistência, devido ao peso do bolo alimentar no esôfago, que se apresentava atresíco.

Esse bolo retornava à faringe, desencadeando problemas respiratórios como pneumonias aspirativas, concluindo-se por consequência que a criança apresentava uma disfagia.

Reavaliação com um Ano

Atualmente observa-se que a criança acompanhou todas as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor de forma adequada. Está deambulando, com base alargada realizando encaixes simples e emitindo algumas palavras na intenção de comunicar-se.

A endoscopia e a cirurgia de dilatação do esôfago foram realizadas esporadicamente no intervalo de seis meses da última, não havendo mais a necessidade de uma nova cirurgia, uma vez que o esôfago não se encontra mais atresíco.

A criança atualmente se alimenta de todas as consistências, líquida, pastosa e sólida, não apresentando mais episódios de engasgos. Observou-se que os soluços não ocorrem mais e que ela faz uso do copo, porém sem a estabilidade adequada de mandíbula. Já leva a colher à boca, lateralizando alimentos e dissociando lábios, língua e mandíbula.

Hoje, encontra-se com bom desenvolvimento do sistema sensorio-motor oral e novas orientações estão sendo dadas com o intuito de uma nova cirurgia, esta da fenda palatina.

Tratamento Fonoaudiológico

O tratamento fonoaudiológico na criança portadora da Associação de VATER, em que há malformação congênita do trato digestivo, consiste em adaptar todo o sistema sensoriomotor oral e possibilitar alimentação por via oral, adaptando suas estruturas de acordo com as funções que são vitais para o desenvolvimento e até mesmo para melhorar a sobrevivência dessas crianças.

A dificuldade de deglutição verificada na paciente C.L.P. se devia ao fato de a mesma apresentar atresia do esôfago, além de uma fenda palatina, dentre outras malformações citadas anteriormente.

WECKX (1988) acredita que a dificuldade na deglutição pode estar relacionada a alterações em qualquer fase desta,

podendo determinar complicações respiratórias em consequência de aspirações, microaspirações de alimentos ou de conteúdo gástrico para a árvore traqueobrônquica.

A disfagia orofaríngea refere-se à dificuldade em fazer o bolo alimentar deslocar-se da cavidade oral para o esôfago, apresentando os seguintes sintomas: tosse, regurgitação, cianose e apnéia durante ou imediatamente após a deglutição. A criança estudada apresentava como malformações nesta fase da deglutição a fenda palatina e a fístula traqueoesofágica.

A disfagia esofágica consiste na dificuldade em deslocar o bolo da região do cricofaríngeo para o esfíncter inferior, na junção gastroesofágica.

Os vômitos e a regurgitação ocorriam após a deglutição. A principal causa nesta fase foi o refluxo gastroesofágico apresentado pela criança C.L.P. como evolução do processo cirúrgico da fístula traqueoesofágica e da retirada da sonda gástrica.

MORRIS & KLEIN (1987) sugerem que as metas de tratamento na criança diagnosticada com disfagia são baseadas na sensibilidade oral, amadurecimento do sistema motor oral, postura, tônus, cognição e linguagem.

XAVIER (1998) relata que é preciso ter uma base estável para desenvolver habilidades de movimento. Sem estabilidade, a mobilidade é menos controlada, podendo ser desorganizada, e o sentido de desenvolvimento da mobilidade é proximal distal.

ALEXANDER (1985) argumenta que, embora o controle oral deva ajudar no movimento de língua e mandíbula, deve-se dar apoio às bochechas, para melhorar e ajudar a propulsão do bolo alimentar da parte anterior para a posterior da boca durante a deglutição, ao mesmo tempo que se estimula a elevação da laringe através de massagens, podendo-se utilizar também o vibrador com espátula, procedimento este utilizado na criança em estudo.

Com o fornecimento do controle oral, a estabilidade da base da língua é adicionada, permitindo que esta se movimente ativa e independentemente da mandíbula. Se a mandíbula for estável, melhora a mobilidade ativa dos outros padrões de movimentos da língua, incluindo extensão, retração e elevação, que deve ser facilitada nas áreas posterior, anterior, média e lateral da língua, ou a ejeção oral, que propicia a despolarização da faringe, facilitando a peristalse esofágica.

ARVEDSON & BRODSKY (1993) acreditam que é importante observar que as propriedades sensoriais específicas da alimentação devem facilitar a normalização dos movimentos orais. Portanto a mudança na consistência, na textura, temperatura e/ou no sabor do alimento é recomenda-

da para o desenvolvimento da motricidade oral, propulsando o bolo alimentar através da orofaringe.

A temperatura também é importante para facilitar a deglutição. Quando a temperatura é mudada do quente para o frio, a criança demonstra maior percepção na cavidade oral, facilitando a deglutição com velocidade acelerada.

Do mesmo modo, WOLF & GLASS (1991) observam que, utilizando-se uma fórmula fria durante a sucção, aumenta-se a velocidade da deglutição. Foi usada na paciente C.L.P. a chupeta congelada com toques na região perioral e intra-oral com massagens na língua, objetivando adequar a percepção e, ao mesmo tempo, facilitar a deglutição. Teve-se consciência de que temperaturas frias aumentam o tônus, já que este se encontrava rebaixado.

A postura indicada à mãe desde o início da terapia era a de deixar o bebê o mais ereto possível, evitando a penetração do fluxo de leite na nasofaringe. Por consequência, o leite poderia penetrar na tuba auditiva. Deve-se reconhecer que, na criança, seja ela portadora ou não de fenda palatina, a tuba auditiva é mais curta, larga e horizontal que no adulto, facilitando a penetração de leite na mesma.

Após as mamadas, ao colocar a criança para dormir, era orientada a postura em decúbito lateral direito elevado, devido ao refluxo gastroesofágico apresentado por ela, facilitando o esvaziamento gástrico e evitando-se a aspiração do leite no caso de regurgitação (HERNANDEZ, 1996, p. 87). Também foi orientado o oferecimento de água para limpar a cavidade oral após a alimentação, porque, segundo ALTMAN (1992), evita o desenvolvimento de bactérias.

Ao ser introduzida alimentação pastosa por volta dos cinco meses (tardia, em razão de se ter esperado a cirurgia da dilatação do esôfago), a mãe foi orientada a fazer uso de uma colher rasa e pequena de acrílico, utilizando técnicas efetivas de tratamento e focalizando a melhora da estabilidade e do movimento de mandíbula, lábio, bochecha e língua.

A deglutição pode ser facilitada também através de uma varredura lenta para frente, com uma leve pressão para baixo da porção central da língua para os lábios, usando-se o dedo com luva (dedeira), ou massagens que utilizem o vibrador, com o objetivo de elevar a laringe, facilitando a deglutição.

O copo foi introduzido, quando a criança completou os 6 (seis) meses de idade, sendo utilizado junto com o controle oral. A posição do copo interfere no controle do movimento oral. Por isso, deve ser colocado no canto do lábio inferior, sendo introduzido por volta dos 6 (seis) meses, repercutindo na maior estabilidade da mandíbula. Logo que a criança obtém um grau de habilidade da mandíbula, o copo precisa ser movimentado adiante no lábio inferior. O controle oral deve ser usado para fornecer a estabilidade externa da mandíbula.

ARVEDSON & BRODSKY (1993) acreditam que, antes da introdução de alguns alimentos, é difícil determinar se a deglutição faríngea está presente. Se a deglutição estiver ausente, comida e líquido não devem ser usados durante o programa. Contudo, o tratamento precisa focalizar o aumento da habilidade sensório-motora dentro da cavidade oral, sem a utilização de alimento.

No tratamento, foi fundamental a terapia alimentar, na qual as consistências alimentares foram introduzidas gradativamente de acordo com o desenvolvimento motor oral da criança, com o seu amadurecimento, assim como o acompanhamento das dilatações esofágicas, tendo uma melhora significativa em seu quadro de disfagia. Atualmente a criança aceita de forma satisfatória todas as consistências.

Hoje, todas essas dificuldades iniciais foram superadas e novas orientações estão sendo dadas no sentido de aguardar uma nova cirurgia de fenda palatina.

O papel da família foi fundamental no sucesso do tratamento, no sentido de seguirem todas as orientações relacionadas à chupeta, bico de mamadeira, colher, copo, postura e estimulação da linguagem, assim como de oferecerem o brinquedo orientado para determinada idade, de acordo com seu desenvolvimento cognitivo, e também de participarem no estímulo de todas as etapas motoras.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a disfagia uma das alterações que acometem o sistema sensoriomotor oral e que pode ocorrer em qualquer das três fases da deglutição, é fundamental a intervenção fonoaudiológica, que tem como objetivo reabilitar esta deglutição o mais próximo possível da fisiológica.

O trabalho descrito teve como propósito estudar um caso de Associação de VATER em que, devido às malformações que ocorrem no sistemas digestivo e respiratório, ocorrem consequências como a disfagia, colocando em risco a vida de crianças portadoras dessa associação, devido à predisposição anatomopatológica a que estão submetidas. Em razão desses fatores, é fundamental o acompanhamento por parte do fonoaudiólogo com o intuito de reabilitar esta deglutição, fazendo no início com que a criança se alimente por via oral e posteriormente passe por todas as etapas de introdução das diferentes consistências alimentares de forma adequada e segura.

No tratamento fonoaudiológico, foram feitas adaptações de métodos usados em bebês com disfagia, dando-se ênfase ao desenvolvimento global, visto que o desenvolvimento sensoriomotor oral segue o desenvolvimento sensório-motor global, obedecendo princípios como mobilidade, estabilidade, ritmo, noção de linha média, dissociação de movimentos e estimulação do meio ambiente. Aten-

ção especial foi dada ao manuseio e à postura da criança, antes e durante a alimentação, já que a postura adequada favorece a linha média e simetria, fornecendo assim estabilidade aos funcionamentos motor oral, faríngeo oral, respiratório e sensorio-motor. Paralelamente ao tratamento fonoaudiológico, eram realizadas esporadicamente endoscopias, nas quais foram feitas dilatações do esôfago, facilitando a passagem de alimentos mais consistentes da boca para o esôfago, o que inicialmente era impossível.

É importante destacarmos a interdisciplinariedade de áreas afins, pois o caso que de início parecia tão grave e tão difícil teve um excelente resultado, ressaltando-se que o tratamento fonoaudiológico junto com as cirurgias de dilatação do esôfago são fundamentais na Associação de VATER.

Após a descrição do trabalho citado, conclui-se o quanto é importante a atuação precoce do fonoaudiólogo junto ao bebê de risco, principalmente no que diz respeito ao bebê portador de malformações congênitas, em que, dependendo da intervenção recebida por este bebê, poderá ocorrer ou não risco de vida. O trabalho fonoaudiológico ainda na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tem como objetivo adaptar a vida deste bebê de acordo com suas necessidades, diminuindo o tempo de internação, adequando uma alimentação por via oral o quanto antes e diminuindo, assim, alterações do sistema sensorio-motor oral.

Espera-se que este estudo possa colaborar para incentivar profissionais interessados, principalmente no que se refere à Associação de VATER. Trata-se de uma patologia rara, porém suspeitamos que haja muito mais casos do que a literatura descreve.

■ BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, R; BOEHME, R; CUPPS, B. Normal development of functional motor skills – The first year of live. Therapy Skill Builders, Tucson, Arizona, 1985.
- ALTMANN, Elisa B.C. Fissuras labiopalatinas. São Paulo, Pró fono, 1993. 291-22.
- ARVEDSON, J. C. Oral – motor and feeding assessment. In: ARVEDSON, J. C. & BRODSKY, L. Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. San Diego, Singular Publishing Group, inc., 1993. p.249-91.
- BAUMANN, F. G; EMMRICH, P; SPRANGER, J. – Vater – order vacterl – syndron. Klin Pädiat. 188: 328-37, 1976.
- BRODSKY, L. ; VOLK, M. – The airway and swallowing. In: ARVEDSON, J. C. & BRODSKY, L. Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. San Diego, Singular Publishing Group, inc., 1993. p.93-22.
- CARVALHO, J. F. F. – Refluxo gastroesofágico. Ped. Mod. XXVIII: 128-69, 1992.
- CZEIZEL, A. & LUDÁNYI, I. – An aetiological study of the Vacterl Association. Eur. J. Pediatr. 144: 331-37, 1985.
- D'AGOSTINO, L.; MACHADO, L. P. ; LIMA, R. A. – Fissuras labiopalatinas e insuficiências velofaríngeas. In: LOPES, O. F. Tratado de fonoaudiologia, São Paulo, Ed. Roca. 829-60, 1997.
- EVANS, J. A.; REGGIN, J.; GREENBERG, C. – Tracheal agenesis and associated malformations: a comparasion with tracheoesophageal fistula and the Vacterl Association., Amer. J. Med. Genet. 21: 21-34, 1985.
- GLASS, R.P & WOLF, L.S. – A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. A. J. O.T. 48 (6): 514-526, 1994.
- HERNANDEZ, A. M. – Atuação fonoaudiológica em neonatologia. In: ANDRADE, C. R.F. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo. Lovise. 1996. p. 43-97.
- KHOURY, M. J; CORDERO, J.F; GREENBERG, F; JAMES, L.M; ERICKSON, J.D. – A population study of the Vacterl association: Evidence for its etiologic heterogeneity. Pediatrics. 71 (5): 815-20, 1983.
- LANZA, M.A.R. – Association Vater/Vacterl – [http://www.geatices.com/Hot Springs/Villa/1333/Vater. Htm.](http://www.geatices.com/Hot%20Springs/Villa/1333/Vater.Htm), 20:26, 1998.
- LOFIEGO, J. L. Fissura labiopalatina. Rio de Janeiro, Revinter, 1992. p.2.
- MARANHÃO, R. – Recém-nascido com patologias cirúrgicas. In: BASSETO, M.C.A; BROCK, R; WAJNSZTEJN, R. Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo. LOVISE.215-33.
- MORRIS, S. E & KLEIN, M.D. Pre-Feeding Skills – a Comprehensive Resource for Feeding Development. Therapy Skill Builders. Arizona: Tucson, 1987.
- NARBONA, N; MALDONADO, B.B; VALENZUELA, A; MUNOZ, A. – Síndrome de Vacterl. An. Esp. Pediatr. 18.5: 412-14, 1983.
- QUAN, L; SMITH, D.W – The Vater association. J. of Pediatr. 82: 104-07,1973.
- TEMTAMY, S. A; MILLER, J. D. – Extending the scope of the vater association: definition of the Vater syndrome. J. of Pediatr. 85: 345-49, 1974.
- XAVIER, C. – Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: BASSETO, M. C. A; BROCK, R; WAJNZTEJN, R. Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo. LOVISE. 256-75.
- WECKX, L. Y, WECKX, L. L. M. – Incoordenação cricofaríngea e refluxo gastro-esofágico. 7 (3): 145-48, 1988.

Endereço:

Rua Fausto Cabral, 603/21

São Paulo – SP

Tel.: (0xx11)262-2471/227-2660