

O EFEITO DA MASSAGEM NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO LABIAL EM CRIANÇAS OPERADAS DE FISSURA TRANSFORME UNILATERAL

The effect of local mass on process of lip scar in children with unilateral cleft lip and palate surgery

Débora Cardoso Rossi ⁽¹⁾, Camila Queiroz de Moraes Silveira Di Ninno ⁽²⁾, Kennedy Rossi Santos Silva ⁽³⁾, Andréa Rodrigues Motta ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: verificar o efeito da massagem labial na cicatriz da fissura transforame unilateral. **Métodos:** participaram do estudo 10 crianças operadas de fissura transforame unilateral com idade entre um ano e nove meses e quatro anos e sete meses. Aplicou-se um questionário que buscou investigar se a criança recebeu a massagem labial, qual o profissional que orientou, quais tipos de manobras foram realizadas, com que frequência e durante quanto tempo. Posteriormente essas crianças foram encaminhadas ao cirurgião plástico que avaliou de forma minuciosa a cicatriz. **Resultados:** das seis crianças (60%) beneficiadas com a massagem considerada adequada pelo estudo (quanto ao tipo, frequência e duração), cinco (83,3%) apresentaram cicatriz normal e uma (16,7%) cicatriz alterada. **Conclusão:** o estudo indica que a massagem labial apresenta relação direta com o processo de cicatrização em pacientes de fissura transforame unilateral.

DESCRIPTORIOS: Cicatriz; Fissura Labial; Fissura Palatina; Massagem; Criança; Fonoaudiologia; Cirurgia Plástica

INTRODUÇÃO

Fissuras labiopalatinas são más formações congênitas que podem acometer o lábio, o palato ou ambos, resultantes de falta de fusão entre os processos faciais embrionários e os processos palatinos, podendo ocorrer de forma isolada ou associada a síndromes ¹⁻².

A fissura transforame unilateral acomete estruturas dos palatos primário e secundário, sendo decorrente da falta de fusão das massas mesenquimais dos processos palatinos laterais com o mesênquima do palato primário entre si e com o septo nasal. Acomete todo o lábio através do forame incisivo e todo o palato. Apresenta-se em graus diferenciados em relação à abertura sendo que, quanto maior a fenda, maior é a falta do osso alveolar ¹⁻².

Geralmente a cirurgia para reconstrução do lábio, queiloplastia, é realizada aos três meses de idade e a palatoplastia entre 12 e 18 ^{1,3-5}. A preocupação de estabelecer a época adequada para a cirurgia do palato objetiva promover equilíbrio para o desenvolvimento da fala sem interferir significativamente no crescimento maxilofacial ¹.

A realização de um ato cirúrgico resulta, em última análise, em uma lesão tecidual precisa e a reparação da mesma com fins terapêuticos. No caso da correção cirúrgica da fissura transforame unilateral, essa lesão tecidual ocorre na mucosa oral, nasal e vestibular, incluindo periósteo, tecido muscular e cutâneo. Para se obter a reparação cirúrgica dessa

⁽¹⁾ Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral e Voz, Clínica FONO-BH, Neuromed-Odontogeraias – Belo Horizonte.

⁽²⁾ Fonoaudióloga, Doutoranda em Lingüística pela Universidade Federal de Minas Gerais, Docente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

⁽³⁾ Médico, Especialista em Cirurgia Plástica, Coordenador do serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Belo Horizonte – Minas Gerais.

⁽⁴⁾ Fonoaudióloga, Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Professora Assistente da Universidade Federal de Minas Gerais.

fissura é necessário, inicialmente, o descolamento do periósteo, a liberação de inserções musculares anômalas e incisões na pele e mucosa para a confecção dos retalhos de tecidos que permitirão o fechamento cirúrgico. Como resultante direto da cirurgia teremos a formação de cicatrizes no nível do periósteo, das mucosas, dos músculos e da pele. O ideal seria que fosse alcançada a total regeneração tecidual local em todos os níveis citados. Entretanto, como a regeneração não mais ocorre após o nascimento, o organismo lança mão da cicatrização para reparar a ferida cirúrgica⁶⁻⁷. A cicatriz é a formação de um tecido conjuntivo anômalo entre as bordas cirúrgicas com o objetivo de mantê-las unidas⁸⁻¹⁰.

A cicatriz nunca apresenta as características funcionais dos tecidos que repara. Pelo contrário, uma cicatriz hipertrófica ou queloidiana (com formação excessiva de tecido colágeno) no nível muscular interrompe naquele segmento a contração muscular, enquanto que no nível cutâneo e também muscular pode até mesmo dificultar o movimento^{4-5,11-14}. A formação cicatricial pode ocorrer por primeira intenção, quando as bordas da ferida são aproximadas anatomicamente, ou por segunda intenção, quando as bordas da ferida permanecem afastadas. Na cicatrização por primeira intenção, que ocorre normalmente após a sutura cirúrgica, tem-se a formação de um tecido fibroso mínimo, com menos prejuízo à função motora e estética. Na cicatrização por segunda intenção, que ocorre nas feridas abertas ou quando os pontos se rompem com o afastamento das bordas, tem-se a formação de maior quantidade de tecido fibroso resultando em cicatrizes hipertróficas e, conseqüente, prejuízo motor e estético⁸⁻¹⁰. Após um ano, a cicatriz recupera apenas 80% da resistência elástica de uma pele normal^{4-5,11}.

A cicatriz normal apresenta um período de remodelagem das fibras colágenas (tecidos fibrosos) que dura em torno de 12 meses, podendo sofrer alterações em sua característica por períodos maiores. A literatura indica que o amadurecimento da cicatriz é de no mínimo um ano, porém aguarda-se até dois anos para estabilização da sua qualidade. A cicatriz hipertrófica exige um tempo maior de remodelagem do colágeno para atingir um resultado definitivo que se dá em até três anos. Uma avaliação final da cicatriz pode variar de 12 a 36 meses de acordo com a tendência ou não para a hipertrofia, sendo que um tempo satisfatório para essa avaliação seria de 18 meses^{4-5,11-14}. É de suma importância a identificação da cicatrização patológica conhecida como quelóide, já que essa tem a tendência de hipertrofia progressiva por períodos em torno de cinco anos, estando sujeita a recidivas espontâneas. A cicatriz queloidiana independe da técnica cirúrgica e traz alterações significativas à função e à estética, interferindo na avaliação de qualquer tera-

pêutica que vise a melhora da qualidade cicatricial. São de difícil tratamento e geralmente não apresentam solução definitiva^{8-10,13}.

Os fatores que favorecem uma boa cicatrização são a tendência individual do organismo; uma técnica cirúrgica com traumatismo mínimo; o fechamento dos planos cirúrgicos de forma anatômica e a manutenção desse fechamento até que ocorra a formação de uma cicatriz capaz de resistir a tensão local mantendo as bordas aproximadas adequadamente. Após a fase cicatricial inicial, outros fatores são descritos como capazes de melhorar a cicatriz como a utilização de alguns medicamentos de uso tópico, malhas compressivas, hidratação da pele e uso de fitas contensoras. O uso de massagens por meio de toques, pressões, alisamento e trações facilita um padrão funcional objetivando uma postura ativa e adequação da tensão muscular. Esses exercícios promovem aquecimento, soltura, vascularização muscular e tecidual contribuindo de forma gradativa para uma boa cicatrização¹⁵. A massagem em cicatrizes de face pode ser dolorida, sendo indicada a utilização de pomadas e óleos que auxiliam a evitar a aderência aos tecidos vizinhos¹⁶⁻¹⁷.

As manobras táteis realizadas em uma das etapas do trabalho fonoaudiológico em bebês com fissura labiopalatina preconizam estimular a sensibilidade da região oral desses bebês e conseqüentemente promovem a massagem local contribuindo para a cicatrização¹. Um estudo realizado na década de 70 já indicava os efeitos benéficos da massagem nas cicatrizes labiais preventivamente com o intuito de melhorar a qualidade das mesmas. Os resultados positivos foram observados já no período precoce de cicatrização, tendo sido as massagens realizadas pelas próprias mães¹⁶.

O tratamento fonoaudiológico precoce pode ser dividido em seis áreas básicas: alimentação, hábitos orais, musculatura orofacial, linguagem, fala e audição. O tratamento fonoaudiológico envolve exercícios que visam fornecer estímulos sensoriais da parte anterior da cavidade oral, evitando que movimentos compensatórios sejam internalizados em nível central, vindo influenciar novas funções. Os exercícios envolvem três patamares: tátil, térmico e gustativo¹.

Para a sensibilidade térmica é utilizado o estímulo frio, devido às terminações nervosas para o frio serem em maior número na região facial e por esta ser capaz de causar contração muscular prolongada e conseqüentemente aumento da tensão¹.

A sensibilidade gustativa é trabalhada por meio da alimentação da criança. É orientado ao cuidador variar os sabores e as consistências dos alimentos, atentando-se para não misturá-los de maneira que as diferenças de cada alimento em particular possam ser percebidas¹⁻².

A sensibilidade tátil envolve estímulo extra e intra-oral por meio de massagem digital com direção e pressão determinadas. Neste trabalho, além da sensibilidade, há também o fortalecimento da musculatura antes da cirurgia, sendo que a massagem irá diferir conforme o tipo de fissura. Quanto às unilaterais, a massagem no lábio é realizada com deslizamento da vertente maior (lado não fissurado) para o centro, enquanto que a vertente menor é deslizada para cima e para o lado. Os movimentos são realizados de forma contínua de um lado, depois do outro ^{1,3}. A massagem pode ser realizada também no palato, em especial nos casos em que usam a placa ortopédica. Os movimentos são circulares na região da papila palatina com o dedo indicador. Posteriormente, desliza-se o dedo no sentido antero-posterior em cada lateral da fissura, até alcançar a região posterior do palato. Quando a técnica cirúrgica utilizada for a de fechamento precoce de véu, é realizada a massagem circular na região da papila, seguida de deslizamento pelas laterais da fissura e novamente movimentos circulares com o dedo na região do véu com o intuito de estimulá-lo. As massagens devem ser realizadas, em média, quatro vezes ao dia e antes das mamadas ¹.

Após um mês da realização da queiloplastia é indicada a modificação das manobras que são introduzidas de forma gradativa para melhorar a cicatrização. Essa modificação tem como principal objetivo estimular a musculatura labial, devido à sua anatomia reconstituída. Os movimentos são retilíneos de cima para baixo, circulares para ambos os lados e com pressão labial. Todos são efetuados sobre a cicatriz. Um mês após a palatoplastia, estímulos circulares na região da papila palatina e o deslizamento pelas laterais da fissura são mantidos com a introdução de massagens circulares para ambos os lados e pressionamento no sentido superior do palato mole ¹.

As massagens estão indicadas para todos os tipos de cicatrização e devem ser realizadas durante os três primeiros meses permitindo ativar a maturação cicatricial. Desde o início de suas realizações foi possível observar uma melhora notável no pós-operatório cicatricial de uma forma geral ⁴⁻⁵. Um estudo realizado com 25 pacientes com tumor palpebral que apresentaram cicatrização espontânea (cicatriz por segunda intenção) e que foram orientados a realizar massagem caso houvesse qualquer elevação na cicatriz, demonstrou que os dois pacientes que apresentaram cicatrizes levemente aumentadas obtiveram bons resultados com a massagem ¹⁸. Entretanto, outra pesquisa, que utilizou uma amostra de 30 crianças com cicatrizes hipertróficas realizando massagem acompanhada de compressão por um período de três meses, 10 minutos por dia, mostrou redução do prurido em alguns pacien-

tes, porém não obteve resultado quanto ao aspecto cicatricial ¹⁹.

Observando-se que a literatura apresenta poucos estudos sobre os efeitos das massagens no processo de cicatrização, a presente pesquisa teve por objetivo verificar a influência das manobras direcionadas à cicatriz labial em crianças operadas de fissura transforame unilateral.

■ MÉTODOS

Inicialmente foram selecionadas 79 crianças portadoras de fissura labiopalatina, a partir de pesquisa prévia de prontuários do consultório de uma fonoaudióloga e do Posto de Saúde Ozanã, ambos em Belo Horizonte. Sabendo-se que a fissura transforame unilateral apresenta maior prevalência na população ^{1,3}, optou-se por estudar este grupo, perfazendo um total de 27 crianças. As crianças foram operadas em diferentes centros, por diferentes cirurgiões e a técnica cirúrgica utilizada não foi levada em consideração.

Foram considerados critérios de inclusão: crianças com fissura transforame unilateral; idade cicatricial entre 12 e 60 meses. Como critérios de exclusão: presença de quelóide ou de síndrome associada; histórico de complicações cirúrgicas como infecção local ou abertura de pontos; uso de corticóides; necessidade de irradiação; déficit nutricional; diabetes; uso de medicamentos imunossupressores ou quimioterápicos; por interferirem na cicatrização. A amostra desta pesquisa foi constituída por 10 pacientes.

Após a seleção das crianças, os responsáveis foram comunicados sobre a pesquisa e convidados a responder um questionário específico, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário buscou investigar se o cuidador recebeu ou não orientação para realizar manobras labiais pré-cirúrgica e/ou pós-cirúrgica; qual o profissional que o orientou; se ele de fato realizou as manobras na criança; quais tipos de manobras foram realizados; com qual frequência e durante quanto tempo.

Posteriormente, essas crianças foram encaminhadas a um cirurgião plástico que, sem saber quais crianças foram beneficiadas pelas manobras labiais, realizou a avaliação referente ao pós-cirúrgico, especificando: a) cor da pele (leucoderma, faioderma ou melanoderma); b) idade da cicatriz, uma vez que de forma geral as cicatrizes hipertróficas regredem espontaneamente após 12 a 18 meses resultando em uma cicatriz que recupera progressivamente um aspecto normal; c) relato de prurido ou dor na cicatriz; d) coloração da cicatriz indicando coloração normal, eritematosa ou hiperpigmentada; e) aspecto da cicatriz, podendo ter sido classificada

como plana, discretamente elevada, evidentemente elevada ou deprimida; f) largura da cicatriz que pode variar entre normal como uma linha, discretamente aumentada ou evidentemente aumentada (além do limite da lesão); g) consistência da cicatriz variando entre normal, discretamente aumentada, aumentada ou diminuída; h) flexibilidade normal, pouco reduzida ou muito reduzida.

Por meio dos dados coletados, o cirurgião plástico classificou a cicatriz a partir de quatro tipos: normal, hipertrófica, queloidiana ou deprimida^{4-5,11-14}. Os resultados foram transportados inicialmente para um quadro elaborado pelo cirurgião plástico e, nele, as cicatrizes que apresentassem valoração igual para o tipo normal e para o tipo hipertrófica foram classificadas em um quinto grupo denominado de cicatriz levemente hipertrófica, pois possuíam características intermediárias entre normal e hipertrófica. A cicatriz normal ganhava um ponto sempre que apresentasse ausência de prurido/dor, aspecto plano, largura normal, consistência normal e flexibilidade normal. A cicatriz hipertrófica ganhava um ponto apresentando ou não prurido/dor, quando apresentasse aspecto discretamente elevado, largura discretamente aumentada, consistência discretamente aumentada ou aumentada e flexibilidade pouco ou muito reduzida. A cicatriz queloidiana ganhava um ponto apresentando ou não prurido/dor, quando apresentasse aspecto evidentemente elevado, largura evidentemente aumentada, consistência discretamente aumentada ou aumentada e flexibilidade de pouco ou muito reduzida. A cicatriz deprimida ganhava um ponto apresentando ausência de prurido/dor, aspecto deprimido, largura evidentemente aumentada, consistência diminuída e flexibilidade normal.

Ao final da avaliação todas as cicatrizes foram reclassificadas como normais ou alteradas. As cicatrizes normais corresponderam exatamente às classificadas como normais no quadro de classificação. As cicatrizes alteradas corresponderam às cicatrizes levemente hipertróficas, hipertróficas, queloidianas ou deprimidas. Dessa forma foram definidas apenas duas variáveis finais a serem estudadas, sendo uma delas a cicatriz normal, enquanto a segunda variável incluiu todos os outros tipos alterados de cicatrizes.

Todas as avaliações foram realizadas no consultório do cirurgião plástico no período de junho a novembro de 2004. Como materiais foram utilizados: folha de registro, máquina fotográfica digital Sony DSC-P92 para arquivo e luvas descartáveis.

No presente estudo, foi considerada como massagem labial adequada: a) quanto ao tipo do movimento, retilíneo de cima para baixo e circular para ambos os lados, com pressão¹; b) quanto à frequência, o mínimo de três vezes ao dia¹; e c) quanto ao

tempo, um período mínimo de dois meses. Os casos que não se enquadraram nos critérios descritos, foram considerados como massagem inadequada.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, sob o número 057/04 que o considerou sem risco e com necessidade de termo de consentimento livre e esclarecido.

As variáveis analisadas no estudo apresentam caráter qualitativo, sendo consideradas grandezas de segundo nível. Dessa forma não foi possível estabelecer uma quantificação precisa ou um desvio padrão para os dados, tendo sido realizada apenas uma descrição dos achados.

Protocolo Cicatriz Fonoaudiologia

Nome: _____
 Data: ____/____/____
 Telefone: _____ DN: ____/____/____
 Idade: _____ Sexo: () M () F
 Endereço: _____
 CEP: _____
 Informante: () mãe () pai () outro _____
 Nome do informante: _____

I – MASSAGEM LABIAL FONOTERÁPICA

1) Massagem labial fonoterápica:

1.1) Orientação Pré-cirúrgica:

(0). não (1). sim

1.1.1) Quem orientou

(0) não foi orientado (1) Fonoaudiólogo
 (2) Fisioterapeuta (3) Cirurgião Plástico
 (4) Pediatra (5) Outro: _____

A) Tipo de massagem:

(0) não realizou
 (1) movimento retilíneo de cima para baixo com pressão
 (2) movimento circular para ambos os lados com pressão
 (3) movimento retilíneo de cima para baixo e circular para ambos os lados com pressão
 (4) movimento retilíneo de cima para baixo sem pressão
 (5) movimento circular para ambos os lados sem pressão
 (6) movimento retilíneo de cima para baixo e circular para ambos os lados sem pressão
 (7) outro: _____

B) Com que frequência:

(0) nenhuma vez (1). 1 vez ao dia
 (2). 2 vezes ao dia (3). 3 vezes ao dia
 (4). Outro: _____

C) Durante quanto tempo:

(0) nenhum mês (1). 1 mês
 (2). 2 meses (3). 3 meses
 (4). 4 meses (5). 6 – 12 meses
 (6). 13 – 24 meses

1.2) Orientação Pós-cirúrgica:

(0). não (1). sim

1.2.1) Quem orientou

(0) não foi orientado (1) Fonoaudiólogo
 (2) Fisioterapeuta (3) Cirurgião Plástico
 (4) Pediatra (5) Outro: _____

A) Tipo de massagem:

- (0) não realizou
 (1) movimento retilíneo de cima para baixo com pressão
 (2) movimento circular para ambos os lados com pressão
 (3) movimento retilíneo de cima para baixo e circular para ambos os lados com pressão
 (4) movimento retilíneo de cima para baixo sem pressão
 (5) movimento circular para ambos os lados sem pressão
 (6) movimento retilíneo de cima para baixo e circular para ambos os lados sem pressão
 (7) outro: _____

B) Com que frequência:

- (0) nenhuma vez (1). 1 vez ao dia
 (2). 2 vezes ao dia (3). 3 vezes ao dia
 (4). Outro: _____

C) Durante quanto tempo:

- (0) nenhum mês (1). 1 mês
 (2). 2 meses (3). 3 meses
 (4). 4 meses (5). 6 – 12 meses
 (6). 13 – 24 meses

II - CIRURGIA**A) Idade da criança na época da queiloplastia:**

- (0). Até 3 meses (1). 4 a 6 meses
 (2). Mais de 6 meses

B) Foi reoperado:

- (0). não (1). sim com que idade: _____

B) Há quanto tempo foi operado o lábio**(idade da cicatriz):**

- (0) 12 a 17 meses (1) 18 a 23 meses
 (2) 24 a 29 meses (3) 30 a 35 meses
 (4) 36 a 41 meses (5) 42 a 47 meses
 (6) 48 a 53 meses (7) 54 a 60 meses

C) Complicação cirúrgica:

- (0). não (1). Sim qual: _____

Avaliação do Cirurgião Plástico

Nome: _____

Data: ___/___/___

1) Cor da pele:

- (0). Branca (1). Amarela
 (2). Negra (3). Faioderma

2) Idade da cicatriz:

- (0) 12 a 17 meses (1) 18 a 23 meses
 (2) 24 a 29 meses (3) 30 a 35 meses
 (4) 36 a 41 meses (5) 42 a 47 meses
 (6) 48 a 53 meses (7) 54 a 60 meses

3) Prurido ou dor:

- (0). Não (1). Sim

4) Coloração da cicatriz:

- (0). Normal (1). Eritematosa
 (2). Hiperpigmentada

5) Plano da cicatriz:

- (0). Plana (1). Discretamente elevada
 (2). Evidentemente elevada (3). Deprimida

6) Largura da cicatriz:

- (0). Normal (1). Discretamente aumentada
 (2). Evidentemente aumentada

7) Consistência da cicatriz:

- (0). Normal da pele (1). Discretamente aumentada
 (2). Aumentada (3). Diminuída

8) Flexibilidade:

- (0). Normal (1). Pouco reduzida
 (2). Muito reduzida

9) Retração (encurtamento):

- (0). Não (1). Discreta
 (2). Evidente

Conclusão quanto ao tipo de cicatriz:

Cicatriz	Normal	Hipertrófica	Queloidiana	Deprimida
Questão 3	0	0 – 1	0-1	0
Questão 4	_____	_____	_____	_____
Questão 5	0	1	2	3
Questão 6	0	1	2	2
Questão 7	0	1-2	1-2	3
Questão 8	0	1-2	1-2	0
Somatório				
Conclusão				

■ RESULTADOS

As dez crianças operadas de fissura transforame apresentaram idade entre um ano e nove meses e quatro anos e sete meses, sendo uma do gênero feminino e nove do gênero masculino. Quanto à idade em que foi realizada a queiloplastia, 60% das crianças foram operadas com três meses de idade e 40% entre quatro e seis meses.

Os dados obtidos revelaram que no período pré-cirúrgico apenas 30% da amostra recebeu orientação para realizar a massagem labial; sendo que os três casos receberam a indicação do pediatra. Entretanto, apenas um caso realizou a massagem pré-cirúrgica tendo sido esta feita com movimento retilíneo de cima para baixo e, circular, para ambos os lados com pressão na região do lábio superior, com frequência diária variada, por um período de três meses.

Quanto ao período pós-cirúrgico 100% da amostra revelou ter recebido orientação para realizar a massagem labial, sendo que 50% indicaram terem recebido primeiramente pelo cirurgião plástico, 20% pelo fisioterapeuta, 20% pelo pediatra e 10% por outros profissionais, dentre os quais não se incluía o fonoaudiólogo. Quanto ao tipo de massagem, 60% realizaram movimento retilíneo, de cima para baixo e circular, para ambos os lados, com pressão; 20% movimento retilíneo, de cima para baixo, com pressão; 10% movimento circular, para ambos os lados, com pressão; e 10% outro tipo de movimento não especificado no questionário. Quanto à frequência

10% dos pesquisados realizaram a massagem mais que três vezes ao dia; 70% três vezes ao dia; e 20% apenas uma vez ao dia. Quanto ao período 20% fizeram a massagem por um período de um mês; 10% por dois meses; 10% por quatro meses; 50% por um período entre 6 e 12 meses; e 10% entre 13 e 24 meses.

Segundo a avaliação do cirurgião plástico, dentre as 10 crianças que participaram do estudo, 60% eram leucodermas e 40% faiodermas. Uma criança (10%) apresentava idade cicatricial entre 48 e 53 meses, outra (10%) entre 42 e 47 meses, duas (20%) entre 30 e 35 meses, três (30%) entre 24 e 29 meses e outras três (30%) entre 18 e 23 meses. Nenhum dos casos apresentava prurido ou dor na cicatriz. Quanto à coloração 80% apresentavam coloração cicatricial normal e 20% cicatriz eritematosa. Quanto ao aspecto 40% apresentaram cicatriz plana e 60% elevação discreta. Em 40% da amostra pesquisada foi observado que a largura da cicatriz encontrou-se discretamente aumentada e em 60% normal. Verificou-se ainda que 60% das cicatrizes apresentavam consistência normal da pele e 40% mostravam elevação discreta. Quanto à flexibilidade 80% demonstraram capacidade normal e 20% flexibilidade pouco reduzida. Três crianças (30%) apresentaram retração discreta da cicatriz. As cicatrizes foram classificadas inicialmente (Figura 1) como normais (5 casos), levemente hipertróficas (2 casos), hipertróficas (3 casos), queloidiana (nenhum caso) e deprimida (nenhum caso). As cicatrizes foram reclassificadas em apenas dois grupos (Figura 2): cicatriz normal (5 casos) e cicatriz alterada (5 casos resultantes da somatória de todos os tipos de cicatriz excetuando as cicatrizes normais).

De acordo com os critérios do presente estudo, dos 10 pacientes avaliados, 60% (6) foram submetidos à massagem padrão, ou seja, adequada (movimento retilíneo de cima para baixo e circular para ambos os lados, com pressão, realizada com frequência de três vezes ou mais ao dia e por um período mínimo de dois meses) e 40% (4) à massagem inadequada (Figura 3).

Dos seis pacientes que receberam a massagem padrão, cinco (83,3%) apresentaram cicatriz normal (Figuras 4 e 5) e apenas um (16,7%) cicatriz alterada (Figura 6). Todos os pacientes que foram submetidos à massagem classificada como inadequada apresentaram cicatriz alterada (Figuras 7 e 8).

Dentre as seis crianças que foram submetidas a queiloplastia até três meses, cinco realizaram massagem que foi considerada adequada. Entretanto, analisando-se as quatro crianças que realizaram a queiloplastia entre quatro e seis meses, observou-se que apenas uma realizou a massagem adequada (Figura 9). Ainda em relação àquelas que realizaram a queiloplastia até três meses de idade, quatro apresentaram cicatriz normal (Figura 10).

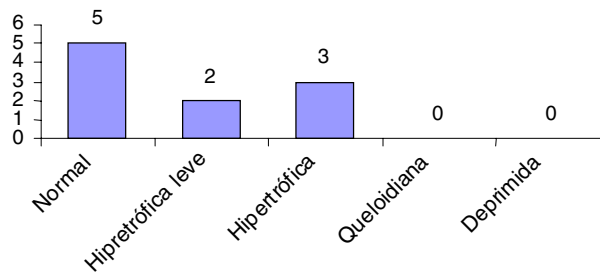


Figura 1 – Classificação inicial quanto ao tipo de cicatriz

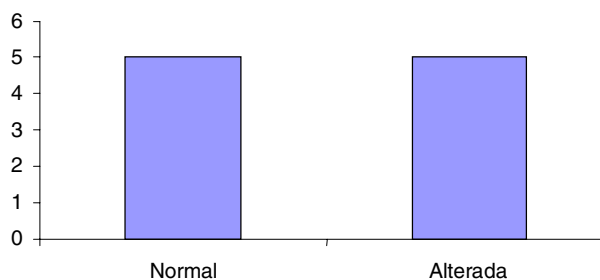


Figura 2 – Classificação final quanto ao tipo da cicatriz

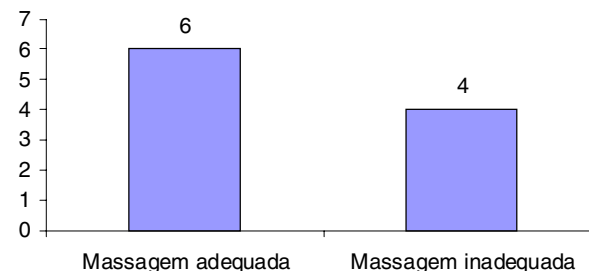


Figura 3 – Tipo de massagem realizada

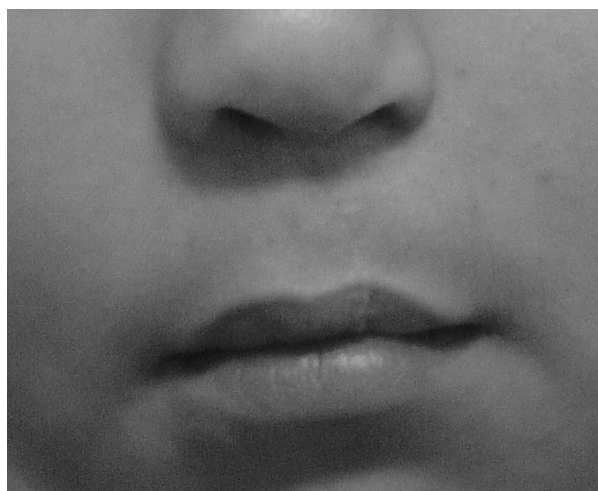


Figura 4 – Exemplo de cicatriz normal à esquerda e massagem adequada



Figura 5 – Exemplo de cicatriz normal à direita e massagem adequada

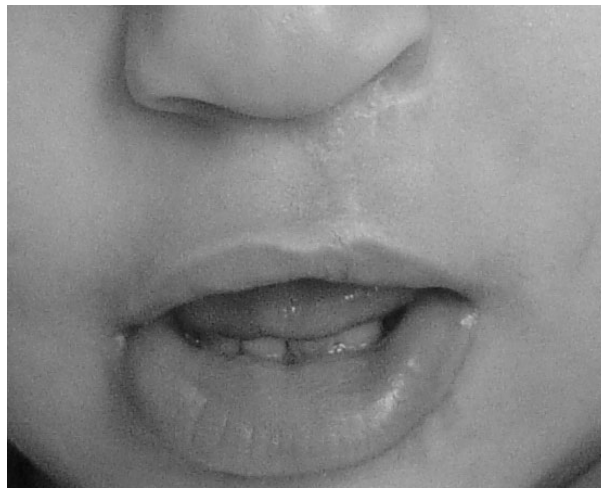


Figura 8 – Exemplo de cicatriz hipertrófica leve à esquerda em paciente com massagem inadequada

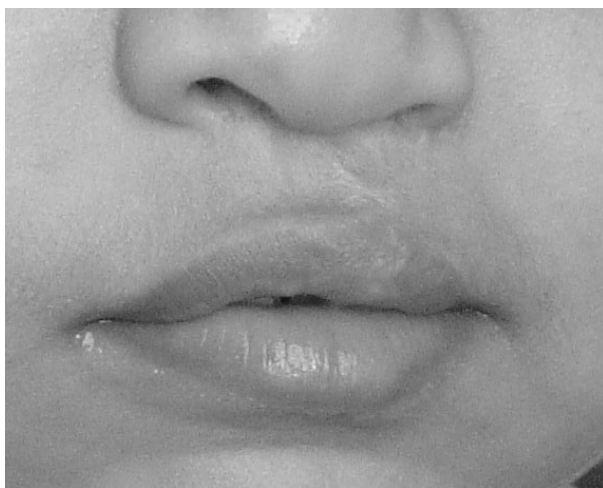


Figura 6 – Exemplo de cicatriz hipertrófica à esquerda, apesar da realização correta da massagem

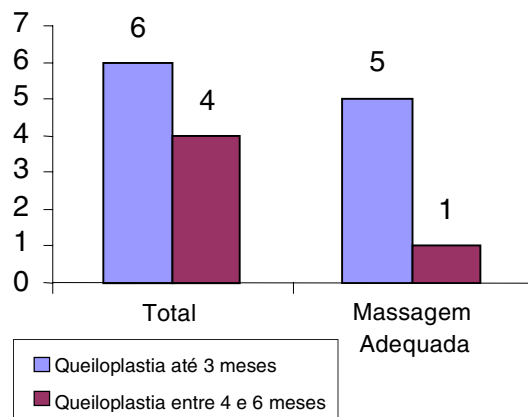


Figura 9 – Relação entre a época da queiloplastia e a realização da massagem adequada

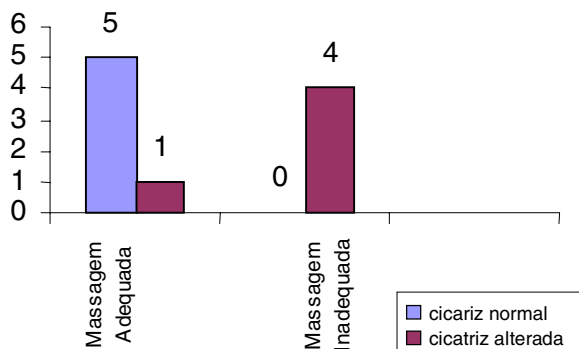


Figura 7 – Relação entre o tipo de massagem e o tipo de cicatriz

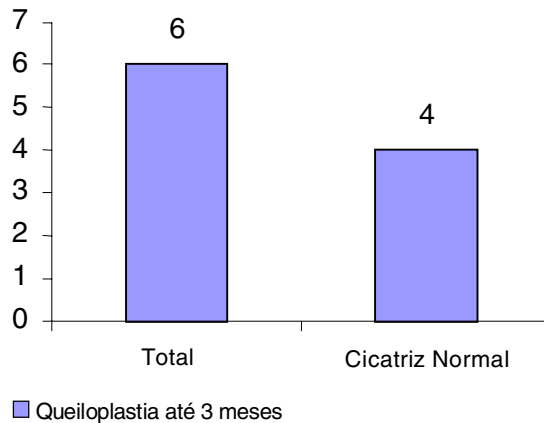


Figura 10 – Relação entre a época da queiloplastia e o tipo de cicatriz

■ DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo demonstraram que apenas três cuidadores receberam orientação para realizar a massagem labial na criança durante o período pré-cirúrgico, entretanto, só um caso realizou a massagem indicada. Verifica-se dessa forma que 90% (9) das crianças não foram submetidos à massagem no período pré-cirúrgico. Esses dados indicam que não ocorreu um esclarecimento suficiente por parte da maioria dos profissionais de áreas afins quanto à importância da massagem labial no período pré-cirúrgico. A intervenção nessa etapa visa a estimular a sensibilidade, o alongamento, soltura e melhor elasticidade tecidual, com o intuito de contribuir para uma menor tensão do tecido no momento do ato cirúrgico¹⁶. Vale ressaltar que, além de apenas três casos terem sido orientados corretamente por pediatras, apenas um realizou as massagens, ou seja, a orientação fornecida não foi suficiente para que os pais compreendessem sua importância.

Em relação à massagem no período pós-cirúrgico foi encontrada diversidade quanto ao tipo, frequência e duração da mesma. Observou-se que 100% (10) dos pacientes realizaram a massagem pós-cirúrgica sendo que 60% (6) a realizaram de forma adequada, enquanto que 40% (4) fizeram a massagem inadequadamente. Tal resultado permite suspeitar que alguns profissionais envolvidos no tratamento possam não ter orientado adequadamente ao cuidador quanto ao tipo, frequência e duração da massagem. Outra hipótese é que, o cuidador, apesar de orientado adequadamente, não seguiu as recomendações de forma correta. Seria importante padronizar uma metodologia para a realização da massagem, tanto pré, quanto pós-cirúrgica na tentativa de contribuir para a correta realização das manobras. Vale ressaltar que em nenhum caso a orientação foi fornecida pelo fonoaudiólogo, indicando que esse profissional não fez parte da equipe de acompanhamento no pós-cirúrgico imediato.

O estudo da idade cicatricial revelou que 70% (7) dos casos apresentavam idade igual ou acima do vigésimo quarto mês, evidenciando a certeza da maturidade cicatricial. Embora o período de 12 meses seja adequado para a estabilidade definitiva da cicatriz^{4-5,12-15}, o fato de a maioria dos casos possuir uma idade cicatricial de pelo menos o dobro, aumenta a consistência dos resultados obtidos em relação à classificação das cicatrizes. A massagem considerada como padronizada neste trabalho (quanto ao tipo do movimento, retilíneo de cima para baixo e circular para ambos os lados; com pressão; quanto à frequência, o mínimo de três vezes ao dia;

e quanto ao tempo, um período mínimo de dois meses) indicou uma proporção satisfatória de bons resultados. Apesar da amostra estudada ser pequena, esta padronização poderá servir de base para futuros estudos utilizando amostragem maior. O estudo revelou que 83,3% (5) das crianças que receberam a massagem padrão adequada obtiveram a classificação final da cicatriz como normal e 100% (4) dos avaliados que não receberam a massagem padrão tiveram a classificação final da cicatriz como alterada. Embora a avaliação da cicatriz seja subjetiva, o avaliador analisou características específicas isoladamente sendo que, somente após o término da avaliação, o resultado final da classificação cicatricial foi obtido. Dessa forma, o avaliador não deu sua opinião direta sobre a cicatriz, compensando de certa forma a subjetividade da mensuração²⁰⁻²¹. Vale ressaltar que os itens coloração da cicatriz e retração da cicatriz não foram considerados características específicas na classificação do tipo de cicatriz, já que poderiam resultar em classificação incorreta.

A grande porcentagem de cicatrizes normais entre os que realizaram massagem adequada pode indicar uma provável relação direta entre essas variáveis^{4-5,8,18,22-24}. Por outro lado, os 50% (5) dos pacientes que foram classificados como portadores de cicatriz alterada, não podem ser considerados como tendo cicatrizes ruins²⁵. A classificação utilizada no estudo baseou-se em características detalhadas da cicatrização com conseqüente hipervalorização das alterações encontradas, tendo como finalidade tornar as diferenças entre os casos mais evidentes. Deve-se reforçar o fato de que a avaliação minuciosa da cicatriz foi realizada por um profissional especialista em cirurgia plástica e este, obviamente, foi mais exigente do que um observador comum²¹.

Com o presente estudo foi possível observar a realização da massagem labial adequada em um número maior de pacientes operados até três meses de idade. O cuidador que dedica um tempo maior para ficar com o bebê evitará, por meio da convivência e atenção, que doenças comuns à infância sejam tratadas tardiamente. Provavelmente esse mesmo perfil de zelo com a saúde da criança poderá fazer com que o cuidador realize as massagens da forma adequada.

■ CONCLUSÃO

Apesar da amostra reduzida, a pesquisa indica que a massagem labial realizada adequadamente apontou para uma relação direta com o processo de cicatrização em pacientes operados de fissura transforame unilateral.

ABSTRACT

Purpose: to verify the effects of labium massage in the unilateral cleft lip and palate scar. **Methods:** ten children with unilateral cleft lip and palate operated between the ages of 1 year and 9 months and 4 years and 7 months participated in this study. This study counted on questionnaire applied by a speech therapist with enclosed questions, that attempted to investigate if the child received labium massage, which professional has oriented, what kinds of maneuvers were performed, with what periodicity and during which period. Afterwards, these children were taken to a plastic surgeon that carefully evaluated the scar. **Results:** out of the six (60%) children who were benefited by the massage considered to be appropriate by the study (concerning the type, periodicity and duration), five (83.3%) presented normal scar and where one (16.7%) presented disturbed scar. **Conclusion:** in spite of the limited sample, this study indicates that labium massage has a direct proportion to the process of healing for unilateral transforame cleft patients.

KEYWORDS: Cicatrix; Cleft Lip; Cleft Palate; Massage; Child; Speech Language and Hearing Sciences; Surgery, Plastic

■ REFERÊNCIAS

1. Altmann EBC. Fissuras lábiopalatinas. 4. ed. São Paulo: Pró-Fono; 1997.
2. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.
3. Lofiego JL. Fissura lábio-palatina: avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Rio de Janeiro: Revinter; 1992.
4. Gerbaut O. Cicatriscation cutanée. In: Horay P. Encyclopédie médico-chirurgicale: cirugia plástica, reparadora y estética. Paris: Elsevier; 1999. p. 2-22.
5. Canizares F, Chavoïn JP, Soubirac L, Foucras L, Fossat S, Mojalla A, Grolleau JL. Cicatrices cutanées défectueuses. In: Horay P. Encyclopédie médico-chirurgicale: cirugia plástica, reparadora y estética. Paris: Elsevier; 2003. p. 2-10.
6. Longaker MT, Stern M, Lorenz P, Whitby DJ, Dodson TB, Harrison MR. A model for fetal cleft lip repair in lambs. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90:750-6.
7. Molsted K. Treatment outcome in cleft lip and palate: issues and perspectives. *Crit Rev Oral Biol Med* 1999; 10:225-39.
8. Lawrence PF. Fundamentos em cirurgia geral. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
9. Fonseca FP, Rocha PRS. Cirurgia ambulatorial. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
10. Allgöwer M, Bevilacqua RG. Manual de cirurgia. São Paulo: EPU; Springer; 1981.
11. Melo PED. Atendimento fonoaudiológico a pacientes queimados. In: Oliveira ST, organizador. Fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Lovise; 2003. p.175-80.
12. Toledo PN. Abordagem fonoaudiológica em seqüela de queimadura de face e pescoço. In: Hernandez AM, Marchesan IQ, organizadores. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.116 -7.
13. Shaffer JJ, Taylor SC, Cook-Bolden F. Keloidal scars: a review with a critical look at therapeutic options. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:63-97.
14. Akasaka Y, Fujita K, Ishikawa Y, Asuwa N, Inuzuka K, Ishihara M et al. Detection of apoptosis in keloids and a comparative study on apoptosis between keloids, hypertrophic scars, normal healed flat scars, and dermatofibroma. *Wound Rep Reg* 2001; 9:501-6.
15. Morales RC. Terapia de regulação orofacial. São Paulo: Memnon; 1999.
16. Dumas P, Freidel M, Trepsat F. La cicatrice labiale du bec de lièvre technique et utilité des massages post-opératoires precoces et prolongés. *J Fr Otorhinolaryngol Audiophonol Chir Maxillofac* 1977; 26:679-81.
17. Bardot J. Lês cicatrices cutanées: évolution naturelle, anomalies et leur prévention. *Rev Prat* 1994; 44:1763-8.
18. Shankar J, Nair RG, Sullivan SC. Management of peri-ocular skin tumours by laissez-faire technique: analysis of functional and cosmetic results. *Eye* 2002; 16:50-3.

19. Patino O, Novick C, Merlo A, Benaim F. Massage in hipertrophic scars. *J Burn Care Rehabil* 1999; 20:268-71.
20. Trotman CA, Philips C, Faraway JJ, Ritter K. Association between subjective measures of lip form and function: an exploratory analysis. *Cleft Palate Craniofac J* 2003; 40:241-8.
21. Ritter K, Troatman CA, Philips C. Validity of subjective evaluations for the assessment of lip scarring and impairment. *Cleft Palate Craniofac J* 2002; 39:587-96.
22. Horswell BB. Scar modification: techniques for revision and camouflage. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1998; 6:55-72.
23. Bláha J, Pondelicke I. Prevention and therapy of postburn scars. *Acta Chir Plast* 1997; 39:17-21.
24. Field DA, Miller S. Cosmetic breast surgery. *Am Fam Physician* 1992; 45:711-9.
25. Assuncao AG. The VLS classification for secondary deformities in the unilateral cleft lip: clinical application. *Br J Plast Surg* 1992; 45:293-6.

RECEBIDO EM 27/03/05

ACEITO EM: 02/06/05

Endereço para correspondência:

Av. Professor Mário Werneck, 2444/904

Belo Horizonte – MG

CEP: 30575-180

Tel: (31) 33770313 / 88491170

e-mail: deborarossi@terra.com.br