



Licenciatura em Terapia da Fala

**“O CONHECIMENTO DOS ESPECIALISTAS NA ÁREA DA MEDICINA
DENTÁRIA ACERCA DO PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA JUNTO DA
POPULAÇÃO EM QUE ACTUAM”**

Monografia Final de Curso

Elaborado por Patrícia Morgadinho

Aluno número 200691325

Orientadora: Catarina Ramos

Barcarena

Junho de 2010

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste documento

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

O CONHECIMENTO DOS ESPECIALISTAS NA ÁREA DA MEDICINA DENTÁRIA ACERCA DO PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA JUNTO DA POPULAÇÃO EM QUE ACTUAM

“The knowledge of experts in Dentistry over the role of Speech and Language Therapist among the population with which they work”

Patrícia Morgadinho - Universidade Atlântica (2009/2010)

RESUMO

Objectivos: identificar a importância do trabalho em equipa entre TF e os especialistas na área da Medicina Dentária, identificar qual o conhecimento manifestado pelos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente à actuação do Terapeuta da Fala e identificar em que situações estes profissionais realizam o encaminhamento para o Terapeuta da Fala. **Metodologia:** foi elaborado e aplicado um questionário a 13 especialistas na área da Medicina Dentária. Posteriormente à recolha dos dados, foi elaborada a análise estatística e subsequente análise dos resultados. **Resultados:** os elementos da amostra consideraram a fala e a respiração (84,6%, n=11), a deglutição (77%, n=10), a estrutura e motricidade orofacial (69,3%, n=9), a comunicação e a mastigação (53,9%, n=7), como sendo as principais áreas comuns entre as duas profissões. Apenas 7 inquiridos encaminharam pacientes nos últimos seis meses, dando maior relevância às fases antes e após tratamento ortodôntico. A maioria dos constituintes da amostra considerou a actuação do TF uma mais valia quer para o seu trabalho como para os utentes. Enfatizando que alguns tratamentos podiam ter sido mais eficazes se realizados na presença do TF. **Discussão/Conclusão:** os inquiridos manifestaram algum conhecimento acerca da actuação do TF. Porém, Surgem algumas incongruências no que diz respeito aos benefícios envolvidos nas várias fases de encaminhamento. O facto de nenhum participante discordar da importância da divulgação de informação, manifesta-se na receptividade e num caminho a percorrer no sentido de amadurecer esta parceria. **Palavras-Chave:** Conhecimento, Especialistas na área da Medicina Dentária, Ortodontia, Terapia da Fala, Alterações do Sistema Estomatognático, Trabalho em equipa.

ABSTRACT

Goal: To identify the importance of teamwork between Speech Therapist and the experts in the field of dentistry, which identify the knowledge expressed by experts in the field of dentistry for the performance of the Speech Therapist and identifies situations in which these professionals carry out the referrals to the Speech Therapist. **Methodology:** It was developed and applied to thirteen person experts in the field of dentistry. Subsequent to data collection, statistical analysis was prepared and subsequent analysis of results. **Results:** the elements of the sample considered speech and breathing (84.6%, n = 11), swallowing (77%, n = 10), the structure and orofacial myofunctional (69.3%, n = 9), communication and chewing (53.9%, n = 7), as the main common areas between the two professions. Only seven respondents referred a patient the past six months, giving greater relevance to the phases before and after orthodontic treatment. Most constituents of the sample considered the actions of the speech therapist an added value to your work and for the wearer. Emphasizing that some treatments could have been more effective if performed in the presence of the Speech Therapist. **Discussion / Conclusion:** The respondents expressed some knowledge about the actions of the Speech Therapist. However, some discrepancies arise with respect to benefices involved in various stages of referral. The fact that no participants disagree with the importance of disseminating information, manifests receptivity and a way to go towards mature this partnership. **Keywords:** Knowledge, experts in Dentistry, Orthodontics, Speech therapy, Stomatognathic System's Changes, Teamwork.

INTRODUÇÃO

A realização do presente estudo está focalizada na importância do trabalho em equipa entre os especialistas na área da Medicina Dentária e o Terapeuta da Fala. A relação entre estes profissionais surge como consequência de uma base anatómica e funcional comum, a cavidade oral.

Em Portugal, existem dois percursos académicos possíveis para exercer Medicina Dentária. É possível realizando o curso de Medicina e a posterior especialização em Estomatologia ou através do curso de Medicina Dentária com mestrado integrado. Posteriormente à formação inicial é necessária a inscrição na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e, nesta sequência, há possibilidade de realizar pós-graduação, mestrado e doutoramento numa área específica. A Ortodontia é uma dessas áreas opcionais de exercício profissional. O especialista na área da Medicina Dentária que pretenda especializar-se na área da Ortodontia poderá concorrer ao colégio interno da especialidade – Colégio de Ortodontia (Regulamento n.º 481/09 de 4 de Dezembro. Diário da República n.º 235/09 – II Série). A Ortodontia é um ramo da odontologia relacionado com o estudo do crescimento das estruturas craniofaciais, com o desenvolvimento da oclusão e com o tratamento das alterações dentofaciais. Desta forma a terapêutica nesta área está dirigida para a maloclusão, crescimento atípico das estruturas craniofaciais e para a má função da neuromusculatura orofacial (Moyers, 1991).

O decreto-lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro estabelece o estatuto legal da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, mais especificamente no art. 5.º, onde retrata o conteúdo funcional do Terapeuta da Fala como sendo o *“desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal.”* Em Portugal, a profissão é representada pela Associação Portuguesa de Terapia da Fala (APTF) e a nível europeu pelo *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopèdes de l’Union Européenne* (CPLOL).

Por conseguinte, o terapeuta actua nas alterações da comunicação, da linguagem, da fala, da voz e deglutição. Deste modo, é também o responsável pelas estruturas e funções que irão desempenhar o comportamento motor necessário para a realização de algumas das áreas acima referidas. O terapeuta que esteja inserido na área da motricidade orofacial tem como campo de actuação o estudo, a prevenção, a avaliação, o diagnóstico, o desenvolvimento, a habilitação, o aperfeiçoamento e a reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical (Marchesan, 2004). Uma declaração oficial da *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), intitulada “*Orofacial Myofunctional Disorders: Knowledge and Skills*”, publicada em 1993, fornece orientações sobre os procedimentos da prática específica na área da motricidade orofacial. Este documento foi elaborado pela ASHA em parceria com a *International Association of Orofacial Myology* (AIOM). A declaração serve de guia para profissionais que exercem funções nesta área e, neste sentido, expõe informações sobre o tipo de conhecimento e habilidades envolvidas na prestação de serviços quando estamos na presença de pacientes com alterações miofuncionais orofaciais. Segundo o mesmo documento, a abordagem interdisciplinar é essencial para o estudo, avaliação e tratamento de distúrbios miofuncionais orofaciais. A comunicação efectiva entre Terapeuta da Fala, Odontologistas e especialistas nesta área ajuda a garantir melhor atendimento ao paciente.

De acordo com Marchesan (1993) o crescimento do cérebro e do crânio atingem 90% do seu crescimento e volume por volta dos dez anos de idade. As estruturas faciais crescem de forma dinâmica desenvolvendo-se sob a influência de factores internos, os ossos, que exercem pressão sobre outros e de factores externos, como a actividade muscular durante a respiração, a sucção, a mastigação, a deglutição e a fala. Os músculos são grandes protagonistas no processo de crescimento, sendo preciso assegurar que a musculatura das estruturas que estão envolvidas nas funções já mencionadas apresentam um bom equilíbrio a nível de tónus e de praxia.

É evidente que a função e a morfologia estão intimamente ligadas, de um lado porque sem harmonia na organização das estruturas não é possível realizar comportamentos orofaciais normais, por outro lado, porque as funções exercem efeitos sobre o crescimento e desenvolvimento craniofacial, bem como sobre a saúde do sistema

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

estomatognático (Felício, 2005). Segundo a mesma autora, não existem grandes dúvidas quanto ao facto das mudanças na função orofacial durante o crescimento e na idade adulta originarem morfologia cranioesquelética correspondente, embora as relações específicas entre a forma e a função não sejam totalmente compreendidas.

O desenvolvimento adequado das funções do sistema estomatognático vai favorecer todo este processo de crescimento entre os elementos musculares e os componentes esqueléticos. Assim, é necessário assegurar um bom desenvolvimento da respiração, da sucção, da mastigação, da deglutição e da fala. Neste sentido, a mastigação é essencial na prevenção de distúrbios miofuncionais, dando continuidade a uma estimulação da musculatura orofacial que se inicia com a sucção. Esta é a função inicial de toda a cadeia neuromuscular estomatognática facial, estando relacionada com a função mastigatória e o sistema respiratório. A respiração é fundamental para o desenvolvimento e manutenção do equilíbrio das estruturas orofaciais.

Segundo Moreca e Feres (1992), citado por Cavalcanti (1999), os hábitos estão directamente ligados às funções que ocorrem por mecanismos reflexos, impulsos naturais presentes desde o nascimento e que se definem como padrão. Por outro lado, Moyers (1991) realça que os hábitos parafuncionais têm influência no padrão de crescimento facial normal. De acordo com Cavalcanti (1999) os hábitos parafuncionais podem ser: a deglutição atípica, o padrão respiratório oral, os hábitos de sucção, a onicofagia, o bruxismo e a postura incorrecta.

Segundo Angle (1907), citado por Almeida (2003), a respiração oral é a causa mais frequente de má oclusão, com prevalência mais efectiva entre os três e os quatorze anos de idade, originando um desenvolvimento assimétrico dos músculos, ossos do nariz, maxila, mandíbula e uma desorganização das funções exercidas pelos lábios, bochechas e língua. Moyers (1991) refere que o padrão respiratório oral altera o desenvolvimento não só da morfologia facial como também produz alterações morfofuncionais em todo o organismo.

Bacha (2004) refere que a forma de deglutir depende dos seguintes factores: características craniofaciais, postura corporal, oclusão, idade, o que se deglute, o tónus, a propriocepção e os hábitos. De acordo com Marchesan (1998) as alterações da

deglutição, especificamente as da fase oral, podem ser a deglutição atípica e a deglutição adaptada. Na primeira a morfologia não se encontra alterada podendo-se verificar movimentação inadequada da língua e/ou das estruturas que participam nesta função, resultando numa forma de deglutir atípica. A deglutição adaptada é uma alteração do padrão de deglutição normal como consequência de uma adaptação à estrutura que, por sua vez, se encontra alterada. Marchesan e Sanseverino (2004) afirmam que a deglutição, quando alterada, é um dos causadores da recidiva do tratamento ortodôntico.

O equilíbrio do funcionamento neuromuscular/funcional entre as estruturas (os dentes, as arcadas dentoalveolares, a mandíbula e a maxila) proporciona uma oclusão normal. As maloclusões neuromusculares ou funcionais manifestam alterações dentais, dentoalveolares ou esqueléticas, que não são facilmente reversíveis.

Segundo Cavalcanti (1999) as alterações da oclusão advêm de factores intrínsecos e extrínsecos. Os factores intrínsecos são locais, perfeitamente controláveis ou eliminados pelo médico, tais como: alterações de número (dentes supranumerários e ausência de dentes), alterações de tamanho (macrodententes e microdententes), alterações da forma, freios labiais, perda prematura ou retenção prolongada da dentição temporária (dentição de leite), erupção tardia da dentição permanente, via de erupção anormal, anquilose, cárie dentária e restaurações dentais inadequadas. Segundo a mesma autora, os factores extrínsecos são dificilmente controláveis pelo Médico Ortodontista. Os factores são: hereditariedade (influência racial, tipo facial, influência no padrão de crescimento e desenvolvimento), as alterações congénitas (fendas palatinas) e as alterações da postura e função, como já descritas anteriormente.

Ao considerar os factores mencionados fica evidente a hipótese de que a função pode alterar as estruturas. Porém, o contrário também é possível. Segevia (1988) salienta que muitas vezes não é fácil diferenciar se a etiologia é uma alteração esquelética ou funcional.

Edward Angle (1899), citado por Lopes e González (2003), classificou as más oclusões dos primeiros molares permanentes e a relação anteroposterior dos arcos dentários através da seguinte tipologia: Normal, Classe I, Classe II e Classe III. Segundo

Bianchini (2000) Angle define a má oclusão realçando o papel da Ortodontia na correcção do posicionamento dentário inadequado, embora mostre a sua preocupação relativamente aos aspectos que envolvem a fala e ao tipo de respiração, predominantemente oral, que por vezes se manifesta como factor etiológico das alterações quanto à forma facial.

Segundo Lopes e González (2003), na Classe I existe uma relação anteroposterior normal entre as arcadas superior e inferior. De acordo com este autor, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior está em oclusão com o sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior (ortognata).

Na classe II, incluem-se as más oclusões em que o primeiro molar permanente inferior se situa distalmente ao primeiro molar superior. Neste grupo, a mandíbula encontra-se em posição distal com respeito ao maxilar superior (retognata) (Lopes e González, 2003). Marchesan (1998) salienta que Angle especifica a classe II efectuando duas divisões: divisão 1 – os quatro incisivos superiores encontram-se à frente dos inferiores originando “*overjet*”; divisão 2 – também está mantida a morfologia da classe II. Todavia, diferencia-se pelo posicionamento dos incisivos centrais superiores que se encontram em palatoversão e dos incisivos laterais superiores que apresentam inclinação vestibular. Relativamente às características funcionais da classe II, divisão 1, a língua em repouso não se mantém junto ao palato. A deglutição é influenciada pela alteração da actividade muscular do bucinador e do mento que, aliada à função compensadora da língua e à tendência para acentuar o estreitamento da maxila, produz alterações no padrão típico de deglutição. Em suma, a dificuldade no vedamento labial e o posicionamento incorrecto da língua determina alterações também na função da mastigação, levando por vezes a respiração oral (Ferreira, 1998). Segundo Petrelli (1994) na divisão 2 incluem-se casos de hipertonicidade do lábio inferior. Ribeiro e Felício (2003) referem que perante as características oclusais da classe II existem alterações decorrentes da fala, como no caso dos fonemas /p/, /b/ e /m/ em que o contacto bilabial dá lugar ao ponto de articulação entre o lábio inferior e os dentes incisivos superiores. Por outro lado, Johnson e Sandy (1999), citado por Ribeiro e Felício (2003), defendem que surgem distorções dos fonemas /s/, /t/, /d/ e /l/ devido à posição interdental da língua, sendo que esta alteração se denomina sigmatismo

interdental. Nesta sequência, também Carelli e Miranda Sá (2001), Ribeiro e Felício (2003), verificaram no decorrer de alguns estudos que há incidência de alterações nos fonemas linguodentais na má oclusão classe II.

Segundo Lopes e González (2003), na Classe III, estão incluídas as más oclusões nas quais o sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior está em oclusão anterior com a cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior. Assim, a mandíbula encontra-se numa posição medial em relação à maxila (prognatia). Na presença de prognatismo (Classe III) a língua ocupa o espaço inferior da cavidade oral, apresentando hipotonia. A dificuldade em realizar vedamento labial leva a hipotonicidade do lábio inferior e hipertonia do músculo mentoniano como forma de compensação. A mastigação é das funções mais afectadas neste tipo de oclusão, ocorrendo movimentos mandibulares verticalizados com utilização frequente do dorso da língua para esmagar o alimento contra o palato. Este padrão mastigatório dificulta ou elimina a função dos músculos bucinadores. Nesta sequência, surge a necessidade de realizar maior número de ciclos mastigatórios devido à redução de força (Marchesan e Bianchini, 1999). Segundo Johnson e Sandy (1999), citado por Ribeiro e Felício (2003), na classe III surgem alterações na fala, nomeadamente na posição da língua (posição baixa e flácida), que levam à distorção do fonema /s/. Marchesan e Bianchini (1999) verificaram a prevalência do uso do lábio superior principalmente durante a fonação.

A Articulação Temporomandibular (ATM) permite a união da mandíbula ao osso temporal através de uma diartrose bicondílea, sendo responsável por todos os movimentos mandibulares nos diferentes planos. As disfunções da ATM associam-se frequentemente a alterações oclusais e/ou esqueléticas, influenciando as funções do sistema estomatognático (Petrelli, 1994). Em casos de algia e de tensão emocional é possível verificar a presença de um padrão respiratório predominantemente superior ou torácico; em determinadas situações verifica-se o ritmo respiratório rápido, a eventual necessidade de inspirar profundamente e a hiperfunção muscular da cintura escapular (Bianchini, 2000). Por outro lado, Okeson & Bell (1992,1993), citado por Bianchini (2000), salientam que a mastigação é das funções mais alteradas devido aos movimentos mandibulares de natureza protectora. Correia, Felício, Panhoca *et al* & Rodrigues *et al* (1988, 1994, 1998, 1998), citado por Bianchini (2000), realizaram

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

estudos que apontavam altos índices percentuais de deglutição atípica associada a alterações da ATM. Bianchini (2000) justifica este acontecimento com base na alteração da actividade muscular, que afecta também a mastigação. A mesma autora realça que as alterações que ocorrem no seguimento da disfunção da ATM levam a um prejuízo funcional, que se manifesta evidente na fala principalmente pela redução do movimento mandibular. Grilo (2005) indica que os tratamentos dos distúrbios da ATM requerem trabalho em equipa. Neste contexto, o Terapeuta da Fala deverá ser um elemento constituinte dessa equipa, actuando no campo da funcionalidade. Isto é, as alterações funcionais que advém das alterações da ATM (que foram mencionadas anteriormente) muitas vezes causam um problema progressivo. O Terapeuta da Fala através de reorganização muscular e de adaptações funcionais pertinentes pode interromper ou eliminar esse processo.

No decorrer desta pesquisa foram expostas algumas das alterações que podem surgir nas funções do sistema estomatognático no decorrer das alterações morfológicas. Contudo, é importante realçar a forma como se pode concretizar o trabalho em equipa. Na perspectiva de Moyers (1991), os especialistas na área da Medicina Dentária, mesmo não sendo especialistas em fala, deveriam ter conhecimentos sobre algumas técnicas simples de análise da fonação de maneira a poderem encaminhar as crianças com alterações evidentes para um Terapeuta da Fala. Por sua vez, Marchesan e Sanseverino (2004) realçam que o médico ortodontista corrige as alterações da morfologia que vão comprometer a mastigação, enquanto que o terapeuta vai melhorar alguns aspectos que estão relacionados com esta função, nomeadamente a quantidade de comida, a velocidade de entrada do alimento, o encerramento labial, a lateralização e posteriorização do bolo alimentar, a diminuição da quantidade de líquido ingerida durante a mastigação e a maior variação de alimentos ingeridos. A respiração oral pode dar origem a problemas ortodônticos, mas não é fácil indicá-la como factor etiológico sem a relacionar ao tipo facial. Logo, o ortodontista tem um papel relevante neste diagnóstico visto que a sua área de actuação incide na prevenção e correcção de alterações do crescimento e desenvolvimento craniofacial que podem ser directamente afectados pelas alterações do padrão respiratório. Clinicamente, um paciente com obstrução nasal e consequentemente com um padrão respiratório oral deve ser visto primeiramente pelo otorrinolaringologista para que este avalie esta alteração e a elimine.

Após a remoção da causa da obstrução respiratória nasal, considera-se necessária a reeducação da respiração e readaptação da musculatura, através de um tratamento multidisciplinar em que é necessária a presença do Terapeuta da Fala nessa equipa (Marchesan, 2003). Neste seguimento, o Terapeuta da Fala deverá actuar no âmbito das alterações da deglutição, de forma preventiva, nomeadamente na redução de hábitos parafuncionais automatizados. Neste caso, o Médico Ortodontista ao identificar as alterações que surgem na sequência dos hábitos e, conhecendo os benefícios da terapia, pode proceder ao encaminhamento do paciente evitando assim alterações da oclusão (Marchesan, 2004). Marchesan e Bianchini (1999) relembram também os casos em que o reposicionamento das bases ósseas, conseguido através da cirurgia ortognática, pode modificar a musculatura orofacial causando novos comportamentos adaptativos benéficos. Mas existem casos onde não ocorrem estas adaptações. Neste contexto, o Terapeuta da Fala realiza a reeducação funcional, procurando direccionar a musculatura através da utilização das funções estomatognáticas de acordo com as novas capacidades do indivíduo.

Segundo Yamaguchi (2003) os pacientes com desordens maxilo-faciais têm alterações morfológicas na mandíbula, na função oral e na postura, que podem ser corrigidos através do tratamento ortodôntico cirúrgico. Todavia, nem todos de forma completa. Isto é, os problemas que envolvem a função oral e a postura inadequada necessitam de outro complemento terapêutico. Este autor considera importante que esses pacientes recebam Terapia da Fala como parte integrante do tratamento pois é vital para a manutenção da oclusão normal e equilíbrio facial.

O encaminhamento para a Terapia da Fala não é um processo linear. Segundo Marchesan e Sanseverino (2004) quando o Ortodontista está perante um paciente com hábitos parafuncionais deve, por razões de ordem preventiva encaminhar para o TF, já que estes podem ser corrigidos de forma independente. Neste caso, o trabalho em simultâneo também é possível, tal como em situações onde as alterações da forma coexistem com as da função. As mesmas autoras referem que, nos casos onde se evidenciam alterações do tónus, da respiração, da postura labial e da fala que não sejam decorrentes da morfologia, a Terapia da Fala deverá preceder o tratamento ortodôntico. Da mesma forma que, se existe uma alteração da forma muito grande e devido a ela

encontramos problemas nas funções orofaciais, geralmente o encaminhamento deve ser realizado quando são evidenciadas melhorias no tratamento ortodôntico. Tal como foi mencionado anteriormente, existem algumas dúvidas se é a função que altera a estrutura ou se acontece o inverso. As situações são variadas, e cada caso é um caso. No entanto, quando uma passa a interferir no tratamento da outra, independentemente da origem, a avaliação do caso por parte dos profissionais e a decisão conjunta vai determinar o que será mais benéfico (Marchesan e Sanseverino, 2004).

Um estudo realizado em 2005 sobre o papel do Terapeuta da Fala nas especialidades, com o objectivo de avaliar o conhecimento dos ortodontistas e odontopediatras da cidade de Anápolis, observou que as respostas que mostraram mais conhecimento foram dadas por profissionais que actuam conjuntamente ou que têm maior contacto com os Terapeutas da Fala (Costa, Nemr e Mendes, 2005). Pedrosa, Damasceno, Silva e Cunha (2006) realizaram um estudo com o objectivo de verificar o conhecimento dos Ortodontistas sobre a motricidade orofacial, concluindo que a maioria dos entrevistados já trabalharam em equipa com o Terapeuta da Fala e deduzindo que sabem a importância do trabalho conjunto. Neste mesmo estudo observaram também que os Ortodontistas possuem algum conhecimento sobre o trabalho do Terapeuta da Fala. Através dos estudos apresentados, é possível verificar que quando o Ortodontista e o Terapeuta da Fala trabalham conjuntamente, ou estão inseridos na mesma equipa (contacto próximo), existe um maior conhecimento sobre o papel do Terapeuta da Fala nesta área.

A Terapia da Fala estabelece interfaces com a Odontologia desde 1960, quando os Terapeutas da Fala americanos realizaram os primeiros trabalhos relacionados com a reabilitação das funções estomatognáticas tendo em conta a manutenção ou a melhoria da posição dentária ou óssea, isto é, da forma (Bianchini, 2000). Nos Estados Unidos os Terapeutas da Fala que trabalham em conjunto com os cirurgiões dentistas têm uma associação específica (IAOM – *International Association of Orofacial Myology*), fundada em Novembro de 1971, que publica o *International Journal of Orofacial Myology* (IJOM) para assuntos ligados à Terapia da Fala e Odontologia.

Em Portugal existe pouca informação acerca do trabalho em parceria entre estes profissionais. E, nesta sequência, esta investigação é realizada com base na questão

Patrícia Morgadinho – Junho de 2010 – Universidade Atlântica

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

orientadora “qual o conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala?”. Para responder a esta questão, o presente estudo definiu os seguintes objectivos: identificar a importância do trabalho em equipa entre TF e os especialistas na área da Medicina Dentária, identificar qual o conhecimento manifestado pelos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente à actuação do Terapeuta da Fala e identificar em que situações estes profissionais realizam o encaminhamento para o Terapeuta da Fala. É pertinente perceber qual o conhecimento que os especialistas na área da Medicina Dentária manifestam a respeito da actuação dos Terapeutas da Fala nesta área, para que seja possível alcançar uma maior eficácia nesta parceria com benefícios para o paciente.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

O estudo que estará na base desta investigação será descritivo, e transversal dado que o questionário vai ser aplicado num único momento no tempo.

2.2. Amostra

A técnica de amostragem é não probabilística e amostragem por redes (ou por bola de neve). Como variáveis de inclusão definiram-se as seguintes: formados em Medicina e especializados em Estomatologia ou formados em Medicina Dentária; que exerçam Ortodontia; especialistas que exerçam a profissão no distrito de Lisboa e que desenvolvam a sua actividade em estabelecimentos privados.

Como é visível na Tabela 1 a amostra é constituída por 13 especialistas na área da Medicina Dentária de formação base. A amostra é composta por 69,2% (n=9) elementos do sexo feminino e 30,8% (n=4) do sexo masculino. A média de idades foi de 34,5 sendo a mínima 29 e a máxima 46 anos.

A formação complementar que mais se verificou foi a pós-graduação em Ortodontia em 1999, 2000, 2006 e 2007 (n=5). Em seguida a especialização em Ortodontia (n=4), sendo n=3 no ano 2008 e uma delas sem data especificada. O mestrado em Ortodontia surgiu nesta sequência com n=2 realizado em 2008 e no ano 2009. As seguintes

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

formações obtiveram frequência n=1: especialização em Cirurgia-Implantologia no ano 2008 e mestrado em Ciências Dentárias. É possível verificar que a maioria da amostra tem formação complementar a nível da ortodontia.

Tabela 1

Caracterização demográfica e profissional da amostra

N=13	Resposta	F(%)	M (dp)	Mín - Máx	Moda
Idade	---		34,5 (5,13)	29 - 46	31
Sexo	<i>Feminino</i>	9 (69,2)			
	<i>Masculino</i>	4 (30,8)			
Formação base	<i>Medicina Dentária</i>	13 (100)			
Formação complementar/data	<i>Pós-graduação em Ortodontia/1999</i>	1 (7,7)			
	<i>Pós-graduação em Ortodontia/2000</i>	1 (7,7)			
	<i>Pós-graduação em Ortodontia/2006</i>	1 (7,7)			
	<i>Pós-graduação em Ortodontia/2007</i>	2 (15,4)			
	<i>Especialização em Ortodontia/2008</i>	3 (23,1)			
	<i>Especialização em Ortodontia/sem data</i>	1 (7,7)			
	<i>Especialização em Cirurgia-Implantologia/2008</i>	1 (7,7)			
	<i>Mestrado em Ortodontia/2008</i>	1 (7,7)			
	<i>Mestrado em Ortodontia/2009</i>	1 (7,7)			
	<i>Mestrado em Ciências Dentárias/2007</i>	1 (7,7)			
Tempo de exercício profissional	---		6,2 (3,48)	3 - 14	4

2.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados é um questionário, elaborado pela aluna Patrícia Morgadinho, sob orientação da professora Catarina Ramos. O questionário está dividido em três grupos: o Grupo I permite a caracterização demográfica e profissional através de questões de resposta fechada; o Grupo II retrata algumas questões que manifestam o conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária, relativamente à actuação do TF e ao trabalho em parceria. Este grupo permite a resposta às afirmações em escala de tipo Likert (DC – Discordo Totalmente, DP – Discordo em Parte, NCND – Não Concordo Nem Discordo; CP – Concordo em Parte e CT – Concordo Totalmente). O Grupo III torna possível obter o conhecimento das áreas de actuação do TF, conseguir dados sobre o contacto entre ambos os profissionais (bem como o número de utentes encaminhados pelos participantes nos últimos seis meses) e, ainda assim, determinar o objectivo da referência. Para além disso, é apresentada uma tabela onde é pedido ao

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

inquirido que responda através da enumeração das hipóteses expostas e, desta forma, é possível obter a ordem dos motivos e das fases de encaminhamento (Apêndice A).

2.4. Procedimentos

O presente trabalho monográfico teve início no decorrer da revisão da literatura sobre este tema, onde surgiu a questão pivô que sustenta toda esta pesquisa. Seguidamente, foram definidos os tipos de estudo, os objectivos, a amostra e foi ainda construído o instrumento adequado para a pesquisa (questionário). No dia 25 de Março foi realizado o primeiro pré-teste ao questionário junto de doze alunos do 4.º ano da Licenciatura em Terapia da Fala da Universidade Atlântica. Foram realizadas reformulações quanto à nomenclatura utilizada nas respostas da escala de Likert e no enunciado da última questão. O questionário foi submetido a um segundo pré-teste mas, desta vez, junto de um Médico Ortodontista e de um aluno finalista do curso de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Seguidamente a esta etapa foi novamente realizada alteração no enunciado da última questão, tal como foi sugerido pelos indivíduos que realizaram o segundo pré-teste.. No dia 25 de Maio foi concluído o instrumento de recolha de dados. Nesta mesma data foi elaborada a base de dados, no *software* SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences). Precedentemente à entrega dos questionários foram efectuados contactos telefónicos a três médicos. Nesses contactos foi explicado o estudo e combinada a forma de entrega e de recolha do instrumento. Neste seguimento, foram solicitados contactos de conhecidos que apresentassem as mesmas características (variáveis de inclusão). No dia 26 de Maio foram entregues dezassete questionários e, no dia 27, foram distribuídos oito. Houve, também assim, a possibilidade de entregar pessoalmente vinte e dois questionários, sendo os restantes três enviados por correio azul. O envelope enviado continha um questionário com a respectiva carta de apresentação e um envelope vazio de correio azul com a morada do destinatário. A recepção decorreu do dia 2 ao dia 11 de Junho e foi efectuada pessoalmente, de acordo com o combinado com os participantes, exceptuando os casos enviados por correio. Dos vinte e cinco contactos, obtiveram-se treze questionários. No dia 7 de Junho iniciou-se o tratamento dos dados e a 13 a interpretação dos mesmos, de forma descritiva.

2.5. Resultados

O questionário que permitiu a recolha dos resultados apresenta um Alpha de Cronbach de 0,878. O Alpha de Cronbach indica a fiabilidade do instrumento, a sua consistência, sendo o valor mínimo para este efeito de 0,70. Assim, verifica-se que o instrumento apresenta alta fiabilidade e boa consistência interna. Os resultados obtidos no Grupo II do questionário, que se encontram na Tabela 2, retractam algumas questões que manifestam o conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente à actuação do TF e ao trabalho em parceria. Podemos constatar que 84,6% (n=11) concordam que a parceria com o TF é uma mais valia para o seu trabalho. Sendo que n=4 concorda totalmente e n=7 concorda em parte.

Na Tabela 2, verifica-se que 53,9% (n=7) da amostra considera necessária a intervenção preventiva do TF no âmbito da Ortodontia (15,4%, n=2 concordam totalmente e 38,5%, n=5 concordam em parte). Relativamente aos restantes, 7,7% (n=1) não concordam nem discordam, 23,1% (n=3) discordam em parte e 15,4% (n=2) discordam totalmente.

Existe igualdade entre o número de participantes que não concordam nem discordam e os que concordam em parte (n=4) que a actuação do TF é importante no decorrer do tratamento ortodôntico. Neste contexto, n=3 concorda totalmente (Tabela 2).

O mesmo número de participantes 30,8% (n=4) concordou totalmente, concordou em parte e não concordou nem discordou quanto à necessidade da intervenção do TF após o tratamento ortodôntico. Em suma, 61,6% (n=8) concordam com a necessidade da intervenção do TF após o tratamento ortodôntico. Sendo que, 30,8% (n=4) não manifestou opinião e apenas um elemento da amostra discordou na totalidade (Tabela 2).

Tal como vem apresentado na Tabela 2, em situação de recidiva, 15,4% (n=2) dos profissionais concordam totalmente que a actuação do TF é fundamental, 30,8% (n=4) concordaram em parte, 23,1% (n=3) não concordam nem discordam e os restantes não concordam.

Como é possível observar na Tabela 2, 84,6% dos participantes concordam que o tratamento ortodôntico poderia ter sido mais eficaz se o fizessem em simultâneo à

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

actuação do TF. Sendo que, 61,5% (n=8) concordam totalmente e 23,1% (n=3) concordam em parte.

Ao observar os resultados na Tabela 2, constatou-se que 92,3% concordam que a actuação do TF é importante em situação de hábitos parafuncionais automatizados. Mais especificamente, n=9 (69,2%) concorda na totalidade e n=3 (23,1%) em parte. Nesta afirmação apenas um elemento da amostra discordou totalmente (7,7%).

Como é possível observar na Tabela 2, uma das afirmações colocadas menciona que o trabalho do TF é mais valia para os pacientes. Neste sentido, 92,3% (n=12) da amostra concordam, sendo que 53,8% (n=7) na totalidade e 38,5% (n=5) em parte. À semelhança da afirmação anterior, apenas um elemento discordou totalmente (7,7%).

No que concerne à importância da divulgação de informação por parte de ambos os profissionais nenhum participante discordou sendo que, 69,2% (n=9) dos profissionais concordou totalmente e 30,8% (n=4) não têm opinião formada (ver Tabela 2).

Ao afirmar que é fundamental o trabalho do TF no âmbito de alterações musculares 69,3% dos participantes concordam, sendo que, 30,8% (n=4) na totalidade e 38,5% (n=5) em parte. Nesta afirmação a mesma percentagem da amostra, ou seja, 15,4% (n=2) não concordam nem discordam ou discordam parcialmente (Tabela 2).

Relativamente à opinião destes profissionais sobre a importância da actuação do TF nos casos de alterações estruturais, 23,1% (n=3) concordam totalmente, 38,5% (n=5) concordam em parte e 23,1% (n=3) não concordam nem discordam com este aspecto. Nenhum profissional discordou na totalidade e apenas 15,4% (n=2) da amostra discorda em parte desta opinião (Tabela 2).

Na Tabela 3, apresentada em Apêndice B, consta-se que n=2 (15,4%) da amostra considera que as áreas da deglutição, respiração, mastigação, fala, estrutura e motricidade orofacial são comuns entre o TF e o Ortodontista.

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

Tabela 2

A actuação do Terapeuta da Fala em parceria com o especialista na área da Medicina Dentária

N=13	DT	DP	NCND	CP	CT
	F (%)				
<i>A parceria com o Terapeuta da Fala (TF) é uma mais valia para o meu trabalho.</i>	1 (7,7)	---	1 (7,7)	7 (53,8)	4 (30,8)
<i>Não considero necessária a intervenção preventiva do TF no âmbito da Ortodontia.</i>	2 (15,4)	5 (38,5)	1 (7,7)	3 (23,1)	2 (15,4)
<i>É importante a actuação do TF, no decorrer do tratamento ortodóntico.</i>	1 (7,7)	1 (7,7)	4 (30,8)	4 (30,8)	3 (23,1)
<i>Não considero necessária a intervenção do TF após o tratamento ortodóntico.</i>	4 (30,8)	4 (30,8)	4 (30,8)	---	1 (7,7)
<i>A actuação do TF é fundamental nos casos de tratamentos ortodónticos com recidivas.</i>	2 (15,4)	2 (15,4)	3 (23,1)	4 (30,8)	2 (15,4)
<i>Existem alguns casos em que o tratamento ortodóntico podia ter sido mais eficaz se o realizasse com a participação do TF.</i>	1 (7,7)	1 (7,7)	---	3 (23,1)	8 (61,5)
<i>O TF deverá actuar quando se verificam hábitos parafuncionais automatizados, que levam ao desequilíbrio das funções estomatognáticas.</i>	1 (7,7)	---	---	3 (23,1)	9 (69,2)
<i>O trabalho do TF é uma mais valia para o meu cliente.</i>	1 (7,7)	---	---	5 (38,5)	7 (53,8)
<i>Não considero importante a divulgação de informação por parte de ambos os profissionais.</i>	9 (69,2)	---	4 (30,8)	---	---
<i>O trabalho do TF é fundamental quando estamos na presença de alterações musculares.</i>	---	2 (15,4)	2 (15,4)	5 (38,5)	4 (30,8)
<i>O trabalho do TF não é relevante quando estamos na presença de alterações estruturais.</i>	3 (23,1)	5 (38,5)	3 (23,1)	2 (15,4)	---

Legenda: DC – Discordo Totalmente, DP – Discordo em Parte, NCND – Não Concordo Nem Discordo; CP – Concordo em Parte e CT – Concordo Totalmente.

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

Por outro lado, o mesmo número de profissionais considera comuns as seguintes áreas: comunicação, linguagem oral, voz, deglutição, respiração, mastigação, fala e estrutura e motricidade orofacial. E, nesta sequência, outros n=2 (15,4%) indicaram a deglutição, a fala e a respiração. Como é possível verificar não houve unanimidade nas restantes questões, onde cada profissional seleccionou um conjunto de áreas diferentes.

Na Tabela 4, podemos verificar a análise da frequência por área da actuação do TF. A fala e a respiração foram as áreas seleccionadas mais frequentemente e com igual percentagem (84,6%, n=11). A área da deglutição foi considerada a segunda mais frequente (77%, n=10), a estrutura e a motricidade orofacial foi escolhida em 69,3% (n=9) dos casos. Por outro lado, a comunicação e a mastigação obtiveram valores iguais (53,9%, n=7).

A maioria da amostra 84,6% (n=11) não tem TF no local de trabalho. No entanto, verifica-se que 30,8% (n=4) trabalham em equipa com o TF. Sendo que, 30,8% (n=4) recebem utentes encaminhados pelo TF e uma percentagem superior, 53,8% (n=7) encaminham utentes para a Terapia da Fala (Tabela 4).

Tabela 4

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente aos Terapeutas da Fala

N=13	Respostas	F (%)
Áreas que relacionam o Terapeuta da Fala com o especialista na área da Medicina Dentária	<i>Comunicação</i>	7 (53,9)
	<i>Linguagem oral</i>	6 (46,2)
	<i>Linguagem escrita</i>	1 (7,7)
	<i>Voz</i>	5 (38,5)
	<i>Fala</i>	11 (84,6)
	<i>Mastigação</i>	7 (53,9)
	<i>Deglutição</i>	10 (77)
	<i>Respiração</i>	11 (84,6)
	<i>Estrutura e motricidade orofacial</i>	9 (69,3)
No seu local de trabalho existem Terapeutas da Fala?	<i>Sim</i>	2 (15,4)
	<i>Não</i>	11 (84,6)
Trabalha em equipa com o Terapeuta da Fala?	<i>Sim</i>	4 (30,8)
	<i>Não</i>	9 (69,2)
Recebe utentes que são encaminhados pelo Terapeuta da Fala?	<i>Sim</i>	4 (30,8)
	<i>Não</i>	9 (69,2)
Já procedeu ao encaminhamento de utentes para a Terapia da Fala?	<i>Sim</i>	7 (53,8)
	<i>Não</i>	6 (46,2)

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

Na informação referente à Tabela 5 apenas responderam 7 dos participantes deste estudo, visto ser o número de profissionais que encaminha utentes para a TF. Neste sentido, verificou-se que a maioria (30,8%, n=4) desses participantes encaminham utentes com o objectivo de avaliar. Nos últimos seis meses, o mínimo de encaminhamentos efectuados pelos participantes foi de 0 e o máximo de 2 (correspondendo a média a 1,14).

Tabela 5
Identificação de situações de encaminhamento

N=7	Resposta	F (%)	M (dp)	Mín - Máx	Moda
Objectivo do encaminhamento	<i>Prevenir</i>	1 (7,7)			
	<i>Avaliar</i>	4 (30,8)			
	<i>Prevenir e avaliar</i>	1 (7,7)			
	<i>Avaliar e corrigir</i>	1 (7,7)			
Quantos utentes referenciou para a TF nos últimos seis meses?	---	---	1,14 (0,9)	0 - 2	2

Na Tabela 6, estão expostos os motivos de encaminhamento e a frequência desse motivo de forma decrescente (o 1 corresponde ao mais encaminhado e o 9 ao menos encaminhado). As alterações da fala são o principal motivo de encaminhamento 38,5% (n=5). Nesta sequência, as alterações da postura lingual foi o segundo motivo mais assinalado 23,1% (n=3), as alterações da mastigação foram o terceiro motivo mais frequente de encaminhamento 15,4% (n=2) (tal como as da deglutição), sendo que, esta última também ocorreu, com igual percentagem, no quarto motivo de encaminhamento. As alterações da ATM são os motivos menos frequentes de encaminhamento. A percentagem mais elevada 15,4% (n=2) surge no sexto e no oitavo motivo de encaminhamento.

Tabela 6
Identificação do motivo de encaminhamento (participantes n=7)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	F (%)								
a	5 (38,5)	1 (7,7)	---	---	---	---	---	---	1 (7,7)
b	2 (15,4)	3 (23,1)	1 (7,7)	---	---	---	---	1 (7,7)	---
c	1 (7,7)	---	2 (15,4)	2 (15,4)	1 (7,7)	---	---	---	---
d	1 (7,7)	1 (7,7)	---	2 (15,4)	---	---	2 (15,4)	---	---
e	1 (7,7)	---	---	---	2 (15,4)	2 (15,4)	---	1 (7,7)	---
f	---	1 (7,7)	---	---	---	2 (15,4)	1 (7,7)	2 (15,4)	---
g	---	1 (7,7)	2 (15,4)	---	---	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	---
h	---	---	---	1 (7,7)	2 (15,4)	---	2 (15,4)	1 (7,7)	---

Legenda: a – alterações da fala; b – alterações da postura lingual; c – alterações da deglutição; d – alterações da postura labial; e – alterações da respiração; f – alterações da ATM; g – alterações da mastigação; h – alterações da estrutura e motricidade orofacial

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

Na Tabela 7, vêm referenciadas as fases de encaminhamento mais frequentes nos vários motivos mencionados. Verificou-se que as alterações da fala, da postura lingual, da estrutura e motricidade orofacial são encaminhadas maioritariamente antes do tratamento ortodôntico (cada uma com uma percentagem de 23,1 e n=3).

As alterações da postura labial, as alterações da ATM e as alterações da mastigação são mais frequentemente encaminhadas numa fase após tratamento ortodôntico (cada uma com uma percentagem de 23,1 e n=3). Constatou-se que, com uma frequência mais baixa, as alterações da deglutição e da respiração eram referenciadas na fase anterior ao tratamento ortodôntico (cada uma com percentagem de 15,4, n=2).

Tabela 7
Identificação da fase de encaminhamento (participantes n=7)

	Por recidiva	Antes do tratamento ortodôntico	Durante o tratamento ortodôntico	Após o tratamento ortodôntico	Por recidiva, antes e após tratamento ortodôntico	Antes, durante e após tratamento ortodôntico	Por recidiva e após tratamento ortodôntico	Antes e durante tratamento ortodôntico
	F (%)							
a	---	3 (23,1)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	---	---
b	---	3 (23,1)	1 (7,7)	1 (7,7)	---	1 (7,7)	1 (7,7)	---
c	---	2 (15,4)	1 (7,7)	1 (7,7)	---	1 (7,7)	---	1 (7,7)
d	---	1 (7,7)	1 (7,7)	3 (23,1)	---	1 (7,7)	---	---
e	---	2 (15,4)	1 (7,7)	2 (15,4)	---	1 (7,7)	---	---
f	---	1 (7,7)	1 (7,7)	3 (23,1)	---	1 (7,7)	---	---
g	---	1 (7,7)	1 (7,7)	3 (23,1)	---	1 (7,7)	---	---
h	---	3 (23,1)	---	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	---	---

Legenda: a – alterações da fala; b – alterações da postura lingual; c – alterações da deglutição; d – alterações da postura labial; e – alterações da respiração; f – alterações da ATM; g – alterações da mastigação; h – alterações da estrutura e motricidade orofacial

Os participantes encaminharam utentes com alterações da fala, da postura lingual, da estrutura e motricidade orofacial (23,1%, n=3) maioritariamente antes do tratamento ortodôntico. Por outro lado, encaminharam utentes com alterações da postura labial, da ATM e da mastigação com a mesma frequência (23,1%, n=3), na fase após tratamento ortodôntico. Com uma percentagem mais baixa (7,7%, n=1), foram encaminhados utentes com alterações da fala, da estrutura e motricidade orofacial por recidiva, antes e após tratamento ortodôntico. Da mesma forma que foi realizado o encaminhamento de alterações da postura lingual (7,7%, n=1), por recidiva e após tratamento ortodôntico (Tabela 7).

2.6. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados pretende dar resposta aos objectivos delineados neste estudo, que são os seguintes: (1) identificar a importância do trabalho em equipa entre TF e os especialistas na área da Medicina Dentária, (2) identificar qual o conhecimento manifestado pelos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente à actuação do Terapeuta da Fala e (3) identificar em que situações estes profissionais realizam o encaminhamento para o Terapeuta da Fala.

Os participantes manifestaram algum conhecimento acerca das áreas comuns entre os especialistas na área da Medicina Dentária que exercem Ortodontia e o TF, já que seleccionaram maioritariamente as áreas relacionadas com as estruturas e funções do sistema estomatognático, sendo que, a fala e a respiração (84,6%, n=11) são as mais frequentemente seleccionadas, seguindo-se a deglutição (77%, n=10), a estrutura e motricidade orofacial (69,3%, n=9) e a mastigação (53,9%, n=7). No entanto, também a comunicação (53,9%, n=7) é considerada por estes profissionais como sendo uma das áreas em comum. Este resultado pode ser explicado quer pelo facto da comunicação ser concretizada na maioria dos indivíduos através da fala, quer pelo impacto que as alterações das estruturas podem trazer ao nível da comunicação não-verbal.

O conhecimento relativo às áreas que relacionam as duas profissões pode estar ligado ao facto de que, mesmo não existindo Terapeutas da Fala no local de trabalho da maioria dos elementos que compõem amostra (84,6%, n=11), 30,8% (n=4) destes profissionais trabalham em equipa com o TF. Neste contexto, a percentagem de especialistas na área da Medicina Dentária que encaminha utentes para a Terapia da Fala é superior à de utentes referenciados para Ortodontia através do TF, na ordem dos 23%. É possível concluir, que à semelhança dos estudos de Costa, Nembr e Mendes (2005) e de Pedrosa, Damasceno, Silva e Cunha (2006) o contacto próximo entre ambos os profissionais leva a que o Ortodontista conheça o âmbito e as áreas de actuação do TF.

É bastante relevante salientar que 69,3% (n=9) dos profissionais concordaram com a importância do TF no âmbito das alterações musculares e que, por outro lado, uma percentagem próxima (61,6%, n=8) concordou com a importância do papel do TF nos casos de alterações estruturais. Perante estes resultados, podemos concluir que estes

profissionais consideram que as alterações musculares e das suas respectivas funções podem ser a causa de alterações da morfologia. Como é referido por Felício (2005) a função orofacial origina morfologia cranioesquelética correspondente. E esta é uma realidade presente para os participantes, uma vez que consideram o papel do TF importante em ambas as situações.

À semelhança do defendido Moyers (1991), também para os participantes destes estudo é um facto que os hábitos parafuncionais têm influência no padrão de crescimento facial normal e assim sendo a intervenção do TF é importante. No entanto, nos resultados não é tão evidente o facto de que estes deverão ser encaminhados para a TF como forma de prevenção, como o sugerido por Marchesan e Sanseverino (2004). Neste sentido, embora seja a fase mais frequente de encaminhamento, o motivo pelo qual deve ser efectuado poderá não ser totalmente claro para estes profissionais.

Segundo Marchesan e Sanseverino (2004) nos casos em que as alterações da forma coexistem com alterações da função deverá ser realizado o tratamento Ortodontico em simultâneo ao da TF. Também Yamaguchi (2003) é da mesma opinião ao considerar importante que esses pacientes recebam Terapia da Fala como parte integrante do tratamento, pois é vital para a manutenção da oclusão normal e equilíbrio facial. Contrariamente a estes autores, os resultados retractam uma baixa percentagem no que se refere à importância do TF no decorrer do tratamento ortodôntico. É perceptível que nem todos os participantes conhecem os benefícios da TF nesta fase de encaminhamento em determinadas alterações.

A maioria dos constituintes da amostra (61,6%) atribui relevância a esta parceria na fase após tratamento ortodôntico. Neste contexto, os sete participantes referenciaram, nos últimos seis meses, utentes com alterações da postura labial, da ATM e da mastigação nesta fase do tratamento. Assemelhando-se à ideia defendida por Bianchini (2005) citado por Marchesan (2005), ao indicar que nos tratamentos dos distúrbios da ATM o Terapeuta da Fala é importante para interromper ou eliminar um problema progressivo através de reorganização muscular e de adaptações funcionais pertinentes. Por outro lado, Marchesan e Bianchini (1999) também salientam o trabalho do TF na reeducação funcional e da musculatura nos casos em que o reposicionamento das bases ósseas acarreta inaptações do comportamento muscular. Todavia, contrariamente aos

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

resultados verificados, Marchesan e Sanseverino (2004) consideram que nos casos onde se evidenciam alterações do tónus, da respiração, da postura labial e da fala que não sejam decorrentes da morfologia, a Terapia da Fala deverá preceder o tratamento ortodôntico. Tudo isto leva a referir que os benefícios de encaminhar determinadas alterações nesta fase estão pouco presentes para os participantes.

Dos especialistas na área da Medicina Dentária que participaram neste estudo 46,2% concordam com a importância da actuação do TF em situação de recidiva, 23,1% não têm opinião formada e os restantes não concordam. Este resultado é notório também na fase de encaminhamento, ou seja, ao analisar os resultados obtidos verifica-se que foram encaminhados utentes com alterações da fala, da estrutura e motricidade orofacial por recidiva, antes e após tratamento ortodôntico com uma percentagem baixa (7,7%, n=1). Com a mesma frequência é realizado o encaminhamento de alterações da postura lingual por recidiva e após tratamento ortodôntico. Contrariamente à opinião de Marchesan e Sanseverino (2004), nestes resultados não está patente a importância do tratamento em casos de recidiva, nomeadamente os casos em que a deglutição está alterada que é um dos causadores de recidiva. Tal como foi mencionado anteriormente, está pouco claro para os participantes o facto de que quando a função afecta o tratamento da morfologia ou o contrário acontece, deverá ocorrer parceria entre as duas profissões em simultâneo de forma a evitar recidivas.

Verificou-se que 53,8% (n=7) dos constituintes da amostra referenciam utentes para a TF, e apenas 30,8% (n=4) consideram que trabalham em equipa. Este é um resultado curioso, pois após a análise dos restantes, é perceptível que existem muitos aspectos nesta parceria que deverão ser amadurecidos. É notória a receptividade por parte dos participantes, principalmente quando 84,6% dos elementos da amostra consideram que alguns tratamentos podiam ter sido mais eficazes se decorressem com a presença do TF. Por outro lado, a mesma percentagem (84,6%) admite que a parceria com o TF é uma mais valia para o seu trabalho e uma percentagem superior (92,3%) considera a TF uma mais valia para os seus utentes.

É importante cultivar o trabalho em equipa entre estas duas profissões, já que através dos resultados é possível perceber que nenhum inquirido discorda em relação à importância da divulgação de informação entre ambos os profissionais. A *American*

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

Speech-Language-Hearing Association (ASHA) é uma grande referência no âmbito da Terapia da Fala, que tem vindo a dar muitos contributos para o trabalho em parceria. Por outro lado, também a *International Association of Orofacial Myology (IAOM)* tem sido uma grande protagonista no crescimento do trabalho em equipa. Para ambas as associações a divulgação de informação é uma estratégia para promover o conhecimento e os benefícios que esta parceria pode proporcionar.

3. CONCLUSÃO

Relativamente à importância do trabalho em equipa entre o TF e os especialistas na área da Medicina Dentária verificou-se que o trabalho do TF é importante para os especialistas na área da Medicina Dentária, maioritariamente antes e após o tratamento ortodôntico. Um número elevado de participantes consideram o trabalho do TF uma mais valia para os pacientes, assim como, outra grande maioria admitem que esta abordagem interdisciplinar traz benefícios para o seu trabalho. Estas opiniões são reforçadas quando a maioria dos elementos que constituem a amostra concordam que, em algumas situações, o tratamento ortodôntico podia ter sido mais eficaz se realizado com a participação do TF. É notório que existem alguns assuntos referentes à actuação do TF que estão pouco aprofundados. Porém, verificou-se interesse em melhorar este factor quando nenhum dos participantes discordou da importância da divulgação de informação.

No que diz respeito ao conhecimento manifestado pelos especialistas na área da Medicina Dentária, relativamente à actuação do Terapeuta da Fala, constatou-se que as respostas tinham bastante consistência, manifestando assim algum conhecimento acerca das áreas que relacionam estes profissionais. Embora, no geral, algumas opiniões fossem pouco unânimes, a maioria incidiam sobre o sistema estomatognático. O contacto que alguns participantes têm com o TF pode ser um dos motivos que leva a um maior conhecimento. Por outro lado, destaca-se a importância da actuação do TF em casos de hábitos parafuncionais automatizados, mas não foram muitas vezes associados às questões da prevenção. Também a actuação do TF durante o tratamento ortodôntico e em situação de recidiva manifestam-se pouco relevantes nas respostas dos participantes. Ficou bastante patente nos resultados que a actuação do TF é necessária, tanto nas

alterações da estrutura como da musculatura. O que é bastante positivo, pois transmite alguma clareza por parte destes especialistas relativamente à estreita relação entre a forma e a função, bem como às influências que estas podem exercer entre elas no tratamento.

No que concerne às situações em que estes profissionais realizam o encaminhamento para a TF, concluiu-se que apenas 7 elementos da amostra encaminharam pacientes nos últimos seis meses. Concluiu-se ainda, que os encaminhamentos foram efectuados maioritariamente antes e após o tratamento ortodôntico. As alterações da fala, da postura lingual e da deglutição foram os motivos mais frequentes. As alterações da ATM evidenciaram-se em minoria. Em suma, pensa-se que seria muito vantajosa a partilha de informação entre estas profissões, visto que existem questões envolvidas no processo de encaminhamento que deveriam ser amadurecidas. Embora estes profissionais evidenciem algum conhecimento em relação à actuação do TF no âmbito da Ortodontia, a relação entre os motivos e a fase indicada de encaminhamento não se manifesta de forma consolidada.

É importante referir que no decorrer do estudo foram encontradas algumas limitações. Designadamente, a dimensão da amostra (n=13) que não permite generalizar os resultados pela população. Para investigações futuras era importante perceber se existe influência da formação complementar no conhecimento, bem como, retirar conclusões mais aprofundadas relativamente à influência que o contacto próximo entre estes profissionais traz a nível de conhecimento. Finalmente, realizar um estudo similar mas referente aos Terapeutas da Fala.

Termino o trabalho monográfico com a mensagem de um dos participantes deste estudo: *“Quando o doente aceita ser seguido pelo TF deve ser seguido durante todas as fases do tratamento”*.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Orofacial Myofunctional Disorders: Knowledge and Skills* [Guidelines, Knowledge and Skills]. Rockville: ASHA;
- Almeida, P.D. (2003). Tratamento ortodôntico: a relação entre respiração oral e o crescimento facial. In Krakauer, L., Francesco, R., Marchesan, I. (Eds). *Conhecimento Essenciais Para Entender Bem a Respiração Oral*. (pp. 151-161). São Paulo: Pulso Editorial;
- Bacha, s. (2004). Deglutição: Automatização é possível?. In Marchesan (Eds) *Motricidade Orofacial – Como Actuam os Especialistas – Comitê de Motricidade Orofacial*. (pp.77-86). São Paulo: Pulso Editora;
- Bianchini, E. M. (2000) *Articulação Temporomandibular – Implicações, Limitações e Possibilidades Fonoaudiológicas*. São Paulo: Pró-fono;
- Cavalcanti, R.(1999) *Más Oclusões – Alterações Oromiofuncionais*. Rio de Janeiro. CEFAC;
- Costa, A., Nemr, K. & Mendes, A. (2005). “O papel Fonoaudiologia na Ortodontia e na Odontopediatria: avaliação dos conhecimentos dos Odontólogos especialistas”. *Revista CEFAC*, n.º1, pp. 60-67;
- Decreto de Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro. Diário da República n.º 295/99 - I Série – A;
- Felício, C. (2005). Desenvolvimento Normal das Funções Estomatognáticas. In Ferreira, L, Lopes., D., Limongi, S. (Eds) *Tratato de Fonoaudiologia*. 1.ª ed. (pp. 195-211). São Paulo: Roca;
- Ferreira, M. (1998) *A Incedência de Respiradores Bucais em Indivíduos com Oclusão Classe II*. São Paulo: CEFAC;

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

- Grilo, M., (2005). Tratamento da Deglutição. In Marchesan, I. Q. (Eds) *Tratamento da Deglutição – A atuação do Fonoaudiólogo em Diferentes Países*. (pp.294-299). Brasil: Pulso Editorial;
- Lopes, L., González, N., (2003) *Logopedia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Orofacial - Clasificación de las Oclusiones*. Barcelona: Masson. pp. 33-35;
- Marchesan, I. (2004). Breve Histórico do Comitê de Motricidade Oral. In Marchesan, I.(Eds) *Motricidade Orofacial – Como Actuam os Especialistas – Comitê de Motricidade Orofacial*. (pp.15-24). São Paulo: Pulso Editora;
- Marchesan, I., Sanseverino, N. (2004) *Fonoaudiologia e Ortodontia/Ortopedia Facial*. Brasil: Pulso Editora;
- Marchesan, I., Bianchini, E. (1999) *Cirurgia Ortognática*. São Paulo: CEFAC;
- Marchesan, I. Q.(1998) *Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos da Motricidade Orofacial*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan;
- Marchesan, I. Q. (1993) *Motricidade Oral – visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades*. São Paulo: Pancast;
- Moyers, R. E. - *Ortodontia*.Guanabara Koogan. 4.^a Edição. Rio de Janeiro;
- Petrelli, E. (1994) Classificação da Má-Oclusão. In Petrelli, E. (Eds) *Ortodontia para Fonoaudiologia*. 1.^aEdição. (pp.83-95). São Paulo:Editora Lovise;
- Pedrosa, R., Damasceno, B., Silva, H., Cunha, D. (2006) “*Motricidade Orofacial: Conhecimento dos Aperfeiçoados em Ortodontia – Orofacial Motricity: Knowledge of Improvement Orthodontics Course Students*”. Revista CEFAC. n.º1, v.8. pp. 71-78;
- Segevia, M. L.(1988) *Interrelaciones entre la odontoestomatologia y la fonoaudiologia – La deglución atípica*. 2.^a Edição. Madrid: Editorial médica pawamerica S.A.;

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

- Regulamento n.º 481/09 de 4 de Dezembro. Diário da República n.º 235/09 – II Série.
- Ribeiro, A., Felício, C. (2003) “*Reconhecendo as Alterações de Fala Decorrentes do Ambiente Oral – Recognizing the Speech Alterations Decurrent From the Oral Environment*”. *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*. N.º 15. Pp. 127 – 132;
- Yamaguchi, H. (2003) Oral Myofunctional Therapy: Essential Surgical Orthodontic Treatment. In Hanson, M. & Mason R. (Eds) *Orofacial Myology – International Perspectives*. 2.ª Edição. (pp.392–416). USA: CHARLES C THOMAS.

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

APÊNDICES

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

Apêndice A – Instrumento de recolha de dados (Questionário)



Eu, Patrícia Alexandra Oliveira Morgadinho (Telemóvel: 968647329, e-mail: p.morgadinho@hotmail.com), encontro-me a frequentar o 4.º ano da Licenciatura em Terapia da Fala na Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica. Neste contexto, estou a realizar um trabalho de investigação, intitulado “*O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam*”, sob orientação da Professora Catarina Ramos (Telemóvel: 214398285, e-mail: cramos@uatlantica.pt).

Os objectivos deste estudo são identificar qual o conhecimento manifestado pelos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente à actuação do Terapeuta da Fala, e identificar em que situações estes profissionais realizam o encaminhamento para o Terapeuta da Fala.

O questionário está dividido em três grupos, constituídos por perguntas de resposta fechada. O Grupo I – Caracterização demográfica e profissional; o Grupo II – A actuação do Terapeuta da Fala em parceria com o especialista na área da Medicina Dentária, e o Grupo III – Identificação das situações de encaminhamento. Estima-se que o preenchimento do questionário decorra em 10 minutos.

O questionário é anónimo e confidencial, não sendo apresentada nenhuma questão que identifique o inquirido. Os resultados serão disponibilizados, a pedido dos participantes, na sua totalidade e não de forma individual.

A escolha de participar ou não participar é voluntária.

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

I

Assinale com um X a(s) opção(s) que considera ser correcta(s), e preencha os espaços em branco.

1.1. Idade: ____ Anos

1.2. Sexo: Masculino Feminino

1.3. Qual a sua formação base? _____

1.4. Que formação complementar realizou?

Especialização em _____ Data _____

Pós-graduação em _____ Data _____

Mestrado em _____ Data _____

Outra(s) (qual(s)?) _____ Data _____

1.5. Há quanto tempo exerce ortodontia? _____

II

Assinale para cada afirmação apenas uma opção, de acordo com a seguinte escala:

- 1- Discordo totalmente**
- 2- Discordo em parte**
- 3- Não concordo nem discordo**
- 4- Concordo em parte**
- 5- Concordo totalmente**

Questões		1	2	3	4	5
1	A parceria com o Terapeuta da Fala (TF) é uma mais valia para o meu trabalho.					
2	Não considero necessária a intervenção preventiva do TF no âmbito da Ortodontia.					
3	É importante a actuação do TF, no decorrer do tratamento ortodôntico.					
4	Não considero necessária a intervenção do TF após o tratamento ortodôntico.					
5	A actuação do TF é fundamental nos casos de tratamentos ortodônticos com recidivas.					
6	Existem alguns casos em que o tratamento ortodôntico podia ter sido mais eficaz se o realizasse com a participação do TF.					
7	O TF deverá actuar quando se verificam hábitos parafuncionais automatizados, que levam ao desequilíbrio das funções estomatognáticas.					
8	O trabalho do TF é uma mais valia para o meu cliente.					
9	Não considero importante a divulgação de informação por parte de ambos os profissionais.					
10	O trabalho do TF é fundamental quando estamos na presença de alterações musculares.					
11	O trabalho do TF não é relevante quando estamos na presença de alterações estruturais.					

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

III

Assinale com um X a(s) opção(s) que considera ser correcta(s).

2.1. Indique quais considera ser as áreas que relacionam o Terapeuta da Fala com o especialista na área da Medicina Dentária:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunicação | <input type="checkbox"/> Linguagem Oral | <input type="checkbox"/> Linguagem Escrita |
| <input type="checkbox"/> Voz | <input type="checkbox"/> Fala | <input type="checkbox"/> Mastigação |
| <input type="checkbox"/> Deglutição | <input type="checkbox"/> Respiração | |
| <input type="checkbox"/> Estrutura e Motricidade Orofacial | <input type="checkbox"/> Outra(s) (Qual(s)? _____) | |

2.2. No seu local de trabalho, existem Terapeutas da Fala? Sim Não

2.3. Trabalha em equipa com o Terapeuta da Fala? Sim Não

2.4. Recebe utentes que são encaminhados pelo Terapeuta da Fala?

- Sim Não

2.5. Já procedeu ao encaminhamento de utentes para a Terapia da Fala?

- Sim Não (Se sim, por favor responda às questões que se seguem)

2.5.1. O encaminhamento foi realizado com o objectivo de:

- Prevenir Avaliar Outro (Qual? _____)

2.5.2. Quantos utentes referenciou para a Terapia da Fala, nos últimos seis meses? _____

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

2.5.3. Assinale na coluna A os motivos do encaminhamento para a Terapia da Fala, **numerando-os de 1 a 9 de forma crescente** (sendo o 1 o mais encaminhado, e o 9 o menos encaminhado), fazendo corresponder o motivo à frequência do encaminhamento. Na coluna B, assinale com um **X** a(s) fase(s) de encaminhamento.

Coluna A <u>Motivos</u>		Coluna B			
		<u>Fase do encaminhamento</u>			
		Por recidiva	Antes do tratamento ortodôntico	Durante o tratamento ortodôntico	Após o tratamento ortodôntico
	Alterações da fala				
	Alterações da postura lingual				
	Alterações da deglutição				
	Alterações da postura labial				
	Alterações da respiração				
	Alterações da ATM				
	Alterações da mastigação				
	Alterações da estrutura e da Motricidade Orofacial				
	Outra(s) (qual?) _____ _____				

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do Terapeuta da Fala junto da população em que actuam - Licenciatura em Terapia da Fala

Apêndice B – Tabela 3 (O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente aos Terapeutas da Fala)

Tabela 3

O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária relativamente aos Terapeutas da Fala

N=13	Respostas	F (%)
Áreas que relacionam o Terapeuta da Fala com o especialista na área da Medicina Dentária	<i>Comunicação, respiração, estrutura e motricidade orofacial</i>	1 (7,7)
	<i>Deglutição, respiração, mastigação, estrutura e motricidade orofacial</i>	1 (7,7)
	<i>Fala, respiração e mastigação</i>	1 (7,7)
	<i>Deglutição, respiração, mastigação, fala, estrutura e motricidade orofacial</i>	2 (15,4)
	<i>Comunicação, linguagem oral, respiração, fala, mastigação, deglutição, estrutura e motricidade orofacial</i>	1 (7,7)
	<i>Comunicação, linguagem oral, voz, deglutição, respiração, mastigação, fala e estrutura e motricidade orofacial</i>	2 (15,4)
	<i>Comunicação, linguagem oral, voz, fala, deglutição, estrutura e motricidade orofacial</i>	1 (7,7)
	<i>Comunicação, linguagem oral, voz, fala, deglutição, respiração, estrutura e motricidade orofacial</i>	1 (7,7)
	<i>Deglutição, fala e respiração</i>	2 (15,4)
	<i>Comunicação, voz, linguagem oral, linguagem escrita e fala</i>	1 (7,7)