

SUSANA MARTHA DE PROENÇA DA ROCHA FREITAS

*PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DENTISTAS EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO DOS
TERAPEUTAS DA FALA*

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO
2013

SUSANA MARTHA DE PROENÇA DA ROCHA FREITAS

*PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DENTISTAS EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO DOS
TERAPEUTAS DA FALA*

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO
2013

SUSANA MARTHA DE PROENÇA DA ROCHA FREITAS

*PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DENTISTAS EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO DOS
TERAPEUTAS DA FALA*

Atesto a originalidade do trabalho

(_____)

Susana Martha de Proença da Rocha Freitas

“Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciatura em
Terapêutica da Fala”

Porto

2013

Resumo

O trabalho em equipa assume um papel de grande relevância na área da saúde contribuindo para melhores resultados na recuperação/reabilitação dos pacientes, bem como no trabalho dos próprios profissionais de saúde. A contribuição de cada um dos profissionais na sua área de intervenção específica revela-se, numa grande maioria de casos, de suma importância na obtenção de resultados positivos no paciente. A Terapia da Fala é pois uma valência que em muitos casos deverá integrar essa equipa. Desta forma, torna-se então necessário que o profissional de saúde, nomeadamente a classe Médica, conheça as áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala e dos benefícios que o seu trabalho pode trazer.

Nesta perspetiva, e na proximidade da entrada no mercado de trabalho, este estudo visa analisar o conhecimento que, especificamente, os Médicos Dentistas têm das áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala, dos encaminhamentos que fazem ou fizeram e para que áreas, se os resultados foram satisfatórios e se sentem confiança no trabalho que estes desenvolvem. Para tal, foi aplicado um questionário a 27 Médicos Dentistas do Distrito do Porto. Apesar de a amostra ser limitada, e por si só limitar as conclusões que se podem recolher dos resultados, foi possível verificar que ainda existe necessidade de dar a conhecer algumas das áreas de intervenção da Terapia da Fala, bem como dos benefícios da mesma, promovendo o aumento de encaminhamentos para esta valência. Torna-se pois importante que exista uma sensibilização e transmissão de informação sobre a intervenção do Terapeuta da Fala, contribuindo para que este assuma um papel cada vez mais ativo no contexto do trabalho em equipa.

Abstrat

Team work plays a key role in healthcare, contributing to better results in recovery / rehabilitation of patients, as well as, in the health professional's work. The contribution of each professional in their specific intervention area is extremely important for achieving positive results in patients. The Speech Therapy is an area that, in many cases, should be a part of this team. Therefore, it becomes necessary that health professionals, mostly the medical class, know the intervention areas of Speech Therapists and are aware of the benefits their work can bring.

In this perspective, and near the entrance in the labor market, this study aims to examine the knowledge that Dentists of the Oporto District, have regarding the Speech Therapists' areas of intervention, the referrals they did or do, to which areas, their opinion about the results and their confidence in Speech Therapy work. For such, a questionnaire was administered to 27 Dentists of Oporto District. Although the sample is limited, which influenced the conclusion based on the results, it was possible to verify that there is still need to make known some of the areas of Speech Therapy intervention, as well as its benefits, promoting an increase in referrals. It is therefore important to make awareness and give information about the Speech Therapist intervention, contributing to a more active role in the team work context.

Agradecimentos

A todos os docentes presentes ao longo destes quase quatro anos. À Dr^a Eva Bolle Antunes, que muito amavelmente aceitou orientar este trabalho, pela sua disponibilidade, dedicação e orientação.

A todos os colegas do curso. À Cátia, colega e amiga, que me acompanhou de muito perto ao longo destes anos, partilhando trabalhos de grupo, muitas horas de estudo, muitos sacrifícios, alguns momentos mais difíceis e muitas alegrias.

Aos médicos dentistas por aceitarem ser os sujeitos deste estudo.

À minha Família pelo apoio e estímulo. Aos amigos, por compreenderem e aceitarem a minha permanente indisponibilidade.

A todos os que de alguma forma colaboraram na realização deste estudo, os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
I - REVISÃO DA LITERATURA	
1. Terapia da Fala e Medicina Dentária: Estruturas e Funções Orais Comuns	15
2. Modelos de atuação do trabalho em equipa	16
3. Algumas áreas de intervenção em equipa ligadas à Odontologia	18
4. Fases da intervenção do Terapeuta da Fala na Reabilitação Orofacial	27
II – FASE EMPÍRICA	
1. Desenho do estudo e objetivos	32
2. Tipo de estudo	33
3. Instrumento de recolha de dados	34
4. Variáveis	37
5. Seleção e caracterização da população	38
6. Apresentação dos resultados	39
7. Discussão dos resultados	46
III – CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização dos participantes no estudo (n=27) relativamente à idade e anos a exercer a profissão.	39
Tabela 2 – Caracterização dos participantes no estudo (n=27) quanto ao sexo.	40
Tabela 3 – Caracterização dos participantes no estudo (n=27) ao nível do conhecimento das áreas de intervenção da Terapia da Fala.	40
Tabela 4 – Caracterização dos participantes (n=27) relativamente aos encaminhamentos.	41
Tabela 5 – Caracterização dos participantes (n=27) quanto à necessidade da valência no seu local de trabalho e de impressões trocadas entre colegas sobre as áreas de intervenção da Terapia da Fala.	43
Tabela 6 – Caracterização dos participantes (n=27) quanto ao acompanhamento da evolução terapêutica.	43
Tabela 7 - Caracterização dos participantes (n=19) quanto aos resultados obtidos dos encaminhamentos efetuados.	44
Tabela 8 – Caracterização dos participantes (n=27) quanto ao nível de confiança no trabalho desenvolvido pelo Terapeuta da Fala.	44
Tabela 9 – Caracterização dos participantes (n=27) quanto ao nível da quantidade de Terapeutas da Fala, facilidade de acesso às consultas e importância atribuída à valência, e se recorreria a esta em caso de necessidade.	45

INDÍCE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Conhecimento dos participantes (n=27) relativamente às áreas de intervenção de Terapia da Fala.	40
Gráfico 2 – Encaminhamentos efetuados pelos participantes (n=27) em função das queixas dos pacientes.	42

INTRODUÇÃO

Este estudo surge no âmbito da disciplina de Projeto de Graduação, sendo um dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala pela Universidade Fernando Pessoa, tendo como objetivo aumentar o conhecimento da problemática em estudo, assim como dos métodos e técnicas implicados numa investigação científica.

Relativamente ao tema escolhido, sendo este livre, optou-se pelo estudo sobre a Perceção dos Médicos Dentistas em Relação à Intervenção dos Terapeutas da Fala, em que medida esta valência assume relevância na Odontologia e em como um trabalho em equipa é importante.

No decorrer destes últimos anos, através de conversas informais com diversos Médicos Dentistas, foi possível verificar que, nalguns casos, estavam pouco familiarizados com certas áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala. Este facto levou ao interesse por desenvolver este estudo, na tentativa de analisar o seu conhecimento sobre os benefícios da intervenção do Terapeuta da Fala nalgumas patologias da área da Medicina Dentária, da incorporação desta valência na equipa multi ou interdisciplinar e da ocorrência de encaminhamentos para as diversas áreas de intervenção de Terapia da Fala. Assim surgiu o objetivo geral deste estudo:

- Conhecer a perceção dos Médicos Dentistas relativamente à intervenção dos Terapeutas da Fala.

Tendo como objetivos específicos de estudo os seguintes parâmetros:

- Identificar o conhecimento que os Médicos Dentistas têm das áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala;

- Identificar a importância que atribuem aos encaminhamentos para Terapia da Fala de adultos e crianças, e quais as áreas para as quais encaminham;

- Identificar a importância atribuída à Terapia da Fala como valência integrante de uma equipa multi ou interdisciplinar;
- Identificar quais os resultados obtidos relativos aos casos encaminhados para Terapia da Fala;
- Identificar a opinião sobre a confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala, quantidade destes na zona de intervenção, acesso às consultas, importância que atribui a esta valência, e por fim, se recorreria a esta em caso de necessidade.

O presente trabalho é composto por três capítulos. Inicia por um enquadramento teórico que permite expor e aprofundar os conhecimentos sobre o tema em estudo, concretamente a importância da intervenção da Terapia da Fala na área da Motricidade Orofacial numa perspetiva de trabalho em equipa, permitindo uma atualização e precisão conceptuais necessárias ao trabalho científico. Segue-se a descrição do tipo de estudo e metodologia seguida, a apresentação e análise dos resultados por domínios. Finalmente, a conclusão.

Este será um estudo descritivo utilizando-se como instrumento de recolha de dados um questionário que utiliza perguntas para as quais solicita respostas fechadas de acordo com a escala de Likert, de escolha múltipla e escala ordinal com sim/não/talvez. Esta metodologia, que será posteriormente exposta neste trabalho, foi a que se entendeu ser a mais adequada para o alcance dos objetivos pretendidos.

Será importante referir, que a principal limitação sentida na elaboração deste estudo foi relativa ao número reduzido da amostra que, por sua vez, limitou as conclusões a retirar dos resultados. Também o tempo em que esta investigação teve de decorrer, pois apesar de todos os esforços, obrigaram a uma alteração no cumprimento da calendarização inicialmente prevista. Outra dificuldade sentida foi relativa aos conhecimentos em investigação científica, que com o apoio da orientadora foram paulatinamente ultrapassados.

PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DENTISTAS EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO DOS TERAPEUTAS DA FALA

Apesar de todas as dificuldades e limitações que surgiram, espera-se que de alguma forma, os dados e resultados desta investigação possam vir a contribuir para o conhecimento sobre o tema e universo estudado, proporcionando uma maior consciencialização sobre a realidade atual e, por conseguinte, possam alertar para a necessidade de uma maior divulgação das áreas e dos benefícios da intervenção do Terapeuta da Fala, desenvolvendo um trabalho em equipa com o Médico Dentista, sempre que se justifique.

I – REVISÃO DA LITERATURA

1 – Terapia da Fala e Medicina Dentária: Estruturas e Funções Orais Comuns

O facto dos profissionais de saúde terem consciência das possibilidades e limites das suas especialidades levou, segundo Amaral et al. (2006, p. 337), à necessidade de procurar outros profissionais especializados de forma a prestar um melhor serviço aos pacientes.

O Terapeuta da Fala está habilitado a intervir sempre que existam alterações ou redução da capacidade de comunicar e/ou deglutir (ASHA, 2004), sendo responsáveis pela prevenção, avaliação e diagnóstico, tratamento das perturbações da comunicação e funções associadas (Decreto-Lei nº 564/99). Uma vez que certas alterações ao nível do sistema estomatognático alteram as funções orais de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fala, compreende-se então a aproximação estreita entre as valências de Terapia da Fala e Medicina Dentária.

Assim, o elo entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária consiste numa base anatómica e funcional comum – o sistema estomatognático e o seu tratamento (Felício *cit. in* Amaral et al., 2006, p. 337). É nessa base que se entende um trabalho em equipa. Segundo um estudo desenvolvido por Morgadinho e Ramos (2012), uma amostra constituída por Especialistas de Medicina Dentária considera que as principais áreas entre ambas as profissões, de forma decrescente, são a fala e a respiração, a deglutição, a estrutura da motricidade orofacial, a comunicação e a mastigação, sendo o trabalho realizado pelo Terapeuta da Fala uma mais-valia, tanto para o seu trabalho como para o paciente.

As várias estruturas que compõem o sistema estomatognático / orofacial são os lábios, dentes, língua, mandíbula, maxilar superior, palato duro, palato mole, músculos da face e diversos ossos que estão ligados a outros do crânio e pescoço (Cunha, 2001, pp.3 e 4).

As funções orais - respiração, sucção, deglutição, mastigação e fala – que, segundo Moyers (*cit. in* González, 2000, p.40) “(...) são determinantes no crescimento da face

(...)", dependem das estruturas que formam a cavidade oral, existindo um elevado grau de inter-relação e interdependência, influenciando-se mutuamente. Compreende-se assim que uma função exerça influência sobre as outras, sendo que uma alteração numa, pode provocar alterações nas outras (Cunha, 2001, p.4). "A função cria o órgão e o órgão proporciona a função" (Planas *cit. in* Terra et al., 2011, p. 52).

Assim, a estimulação adequada das funções orais, como a sucção, respiração nasal ou o início adequado da mastigação, previnem alterações nas estruturas do sistema estomatognático / orofacial, e conseqüentemente na produção da fala. (Cunha, 2001, p.4).

As alterações nas funções orais podem ter etiologias distintas, desde hereditárias a adquiridas. São hereditárias as divergências no posicionamento dos dentes, a inadequada relação maxila-mandíbula ou ainda a influência muscular sobre o desenvolvimento ósseo, alterações da respiração, deglutição e fonação (Köler *cit. in* Cunha, 2001, p.22). O mesmo autor (*cit. in* Cunha 2001, p.22) refere que nas adquiridas podem ser apontadas os maus hábitos orais como a sucção digital, da língua ou uso de chupeta, que provocam alterações na oclusão e no padrão de crescimento facial normal.

Assim se compreende a atuação e ligação de ambas as valências. Na Motricidade Orofacial, o Terapeuta da Fala atua na reeducação das funções como a deglutição, respiração, mastigação e fala (Marchesan *cit. in* Amaral et al., 2006, p.349).

2 – Modelos de atuação do trabalho em equipa

Com a evolução científica, surgiu a especialização e, conseqüentemente as especialidades (Cardoso et al., 2007, p.252). A existência de várias especialidades na área da saúde, levou à necessidade de formação de equipas diversificadas, em que cada elemento contribui dentro de um determinado modelo de disciplinaridade.

Para os especialistas que desempenham a sua profissão com uma visão global do paciente e que o interpretam como um ser complexo, a inter-relação profissional assume um papel importante (Amaral et al., 2006, p.340). Os distúrbios que podem afetar o

sistema estomatognático são de várias ordens, seja nas funções ou nas estruturas, e, segundo estes autores (2006, p.340), o Terapeuta da Fala deve fazer parte da equipa de atuação.

A deteção de qualquer alteração ocorrida no sistema orofacial de uma criança, deverá ser encaminhada para profissionais especializados (Cunha 2001, p.2). Assim, entre ambas as valências – Odontologia e Terapia da Fala – o trabalho pode ser desenvolvido dentro de um modelo multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar.

Numa perspetiva de modelo multidisciplinar, cada especialidade trabalha na sua área de conhecimento, não havendo integração ou focalização comum (Cardoso et al., 2007, p.255). Segundo Saupe et al. (2005, p.523) não há objetivos comuns, não havendo cooperação. A multidisciplinaridade implica um trabalho com várias disciplinas, mas não implica um trabalho coordenado (Mendes et al. 2008, p.29), sendo formada por profissionais de diferentes especialidades, mas em que o objetivo nem sempre é comum (Amaral et al., 2006 p.339). O paciente é trabalhado por diferentes profissionais, não havendo interação entre eles, cada um com o seu ponto de vista (Marchesan, 2003, pp.163-167).

No modelo pluridisciplinar foi possível verificar através da bibliografia consultada algumas interpretações diferentes. Para Saupe et al. (2005, p.523) existe uma certa colaboração, mas não ordenada, sendo muitas vezes considerada por alguns autores, um sinónimo de multidisciplinar. Estes autores consideram que é neste modelo de atuação que se enquadram os encaminhamentos de uma especialidade para outra, em que cada área realiza o seu trabalho, separadamente e sem qualquer cooperação (2005, p.524). No entanto, Marchesan (2003, pp.163-167) refere que o termo Pluridisciplinar será a “(...) superposição ou justaposição de várias disciplinas ou ramos de pesquisa da mesma área de conhecimento.” E por isso, não deverá ser um termo a aplicar ao trabalho em equipa com pacientes, mas sim aplicável à “(...) união de conhecimentos.”.

Ao modelo de atuação que exige articulação entre os diferentes profissionais de saúde dá-se o nome de interdisciplinaridade. A análise e a procura de solução de um problema

são feitas em conjunto (Saupe et al., 2005, p.523-524), implicando o trabalho em equipa com profissionais de áreas distintas, sendo o objetivo comum (Amaral et al., 2006 p.339). É um modelo em que as diferentes perspetivas são discutidas e em que as diferentes áreas se comunicam, havendo uma interação entre todas (Mendes et al., 2008, p.30). Varandas et al. (2008, p. 233), consideram que uma atuação interdisciplinar beneficia o paciente.

Já a transdisciplinaridade encara as várias áreas como um todo, implicando um comportamento democrático (Mendes et al., 2008, p. 30-31), promovendo a integração das várias áreas, trabalhando da mesma forma em relação ao poder (Almeida *cit in* Cardoso et al., 2007, p.255). Envolve a "(...) interação entre as ciências e as relações dentro de um sistema total sem limites rígidos entre as disciplinas." e implica que exista um bom relacionamento entre os profissionais, em que impere a cooperação, respeito e confiança (Dorfman *cit. in* Goulard, 2003, p.309). Também Marchesan (2003, p.163-167), com base na sua experiência, faz uma alusão ao que é real ou ideal. Na sua perspetiva, sendo o modelo transdisciplinar o ideal, está longe de ser real, pois implica um desfasamento das fronteiras entre as diversas disciplinas implicadas, um despojamento de hierarquias, em que todos partilhariam os conhecimentos de todos, em que todos teriam que saber ouvir e saber que tinham muito a partilhar e muito a aprender. Para esta autora, este modelo não é real pois todos os indivíduos defendem a sua individualidade enquanto profissionais, não se despojando das fronteiras da sua disciplina em relação às outras.

Será importante referir que, segundo as autoras Prates e Silva (2011, p. 365), a realidade em Portugal relativa à atuação dos Terapeutas da Fala, é feita "(...)de forma isolada ou integrada numa equipa multidisciplinar (...)" com outros profissionais de saúde e da educação.

3 - Algumas áreas de intervenção em equipa ligadas à Odontologia

A Motricidade Orofacial, segundo o Comité de Motricidade Orofacial da SBFa (Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia) (*cit in* Amaral et al., 2006, p. 338), é uma área

voltada para:

(...) o estudo/pesquisa, prevenção avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspetos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical (...)

A Terapia Miofuncional orofacial e cervical é, segundo Gonzalez (2000, p.39) “(...) uma terapia muscular facial, realizada para a obtenção de maior harmonia e melhora das funções orofaciais.”, sendo uma “(...) terapia muscular em combinação com a reabilitação funcional (...)”. Para Amaral et al. (2006, p. 337) tem como objetivo a correção das alterações motoras e sensoriais do sistema estomatognático, nomeadamente das funções da respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala, desempenhando um papel importante em várias especialidades odontológicas.

“A atuação Ortodontista – Terapeuta da Fala está intimamente relacionada, uma vez que a intervenção de um interfere e depende diretamente do trabalho do outro.” (Varandas, et al. 2008, p.233). Os mesmos autores (2008, p.234 e 236) afirmam que uma vez que a forma e a função estão intimamente correlacionadas, a intervenção do Terapeuta da Fala é fundamental nos tratamentos ortodônticos/ortopédicos, no restabelecimento do equilíbrio da musculatura orofacial, já que os aparelhos ortodônticos apenas corrigem a arcada dentária, mas o Terapeuta da Fala reabilita a musculatura e a função.

Na bibliografia consultada, as áreas da Odontologia com maior necessidade de intervenção de Terapia da Fala são a Ortodontia, a Odontopediatria, e a Periodontia. Na Ortodontia, em que é utilizada a atuação de forças internas e externas de forma a colocar os dentes em posição correta, é muitas vezes requerida a intervenção do Terapeuta da Fala, trabalhando os ajustes funcionais, para evitar recidivas. (Bacha *cit in* Amaral et al., 2006, p.337). Estes autores, citando Bacha (1999) afirmam que o trabalho em equipa entre estes profissionais, é também importante na Odontopediatria, nomeadamente nas ações preventivas como no controle dos maus hábitos orais, na consciencialização da importância da amamentação no desenvolvimento da sucção ou nos casos de respiração oral. Também na Periodontia, área que se dedica ao implante e suporte dos dentes, o Terapeuta da Fala é chamado a colaborar em equipa intervindo na correção da pressão incorreta da língua. Segundo Pereira e Felício (2005, p.135), áreas como a Oclusão,

Cirurgia Ortognática e Prótese são também especialidades que interagem com a Terapia da Fala.

As **alterações miofuncionais** trazem alterações nas funções orais, como na **respiração** que pode ser oral em vez de nasal, na **deglutição** que se torna atípica devido à “(...)pressão atípica da língua ou interposição lingual, anterior e/ou lateral durante a deglutição.”, da **mastigação** com desequilíbrios como no caso de ausência de dentes, mordida cruzada, próteses mal adaptadas ou prognatismo (classe III) e ainda, na **fonação** (González, 2000, p.24). Por outro lado, as maloclusões dentárias, podem alterar funções orofaciais como a respiração, deglutição, mastigação e fala, provocando adaptações, que por sua vez, vão comprometer estruturas normais, sendo possível compreender o ciclo vicioso que se estabelece (Filho et al., 2006, p.95).

Os **respiradores orais** apresentam alterações ao nível da morfologia dentofacial e das funções estomatognáticas (Freitas et al., 2011, p.1/1). São facilmente identificáveis alterações na fisionomia da face, alterações na linguagem e oclusais (Mocellin, 1994, p.142-143). É comum encontrar características como face alongada, narinas estreitas, encerramento labial inadequado, lábios ressequidos e hipotônicos, maloclusões classe II ou mordida aberta anterior e ainda o palato ogival, assim como alterações comportamentais como irritação, mau humor, défice de aprendizagem, entre outras (Menezes et al., 2009, p.163). As causas são diversas, como inserção do freio da língua anteriorizado (Rahal e Krakauer, 2003), hipertrofia das adenoides, desvio do septo nasal, rinite alérgica, entre outras (Mocellin, 1994, p.134-142).

Nesta alteração, segundo González (2000, p.53), o Terapeuta da Fala intervém com um tratamento miofuncional, reeducando diversas funções. É comum o respirador oral recorrer a adaptações miofuncionais e cranio-cervico-orofaciais, razão pela qual é necessária uma intervenção centrada na motricidade orofacial, restabelecendo a postura dos lábios, língua e mandíbula, melhorando a tonicidade da musculatura orofacial e as funções estomatognáticas como a deglutição, mastigação, fala – articulação, e finalmente, da função respiratória nasal, depois de executadas as devidas correções na intervenção do Médico Otorrinolaringologista (Filho et al., 2006, p.95).

Relativamente à fala, González (2000, p.52-53) afirma ser comum encontrar nos respiradores orais uma fala imprecisa com excesso de salivação e sigmatismo anterior ou lateral. Ainda disfonias frequentes, transtornos na deglutição e mastigação ineficaz, alterações musculares e oclusais, hipo desenvolvimento mandibular, entre outros (González, 2000, p.52-53). Assim, será objetivo de intervenção do Terapeuta da Fala a melhoria da tonicidade muscular e do posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios, assim como das funções orofaciais.

Os autores Rahal e Krakauer (2003, pp. 265-266) defendem que a terapia deve iniciar-se por uma consciencialização do que é a respiração nasal, processos de limpeza, humificação e aquecimento. De seguida, segundo estes mesmos autores, deverá ser feita uma fase de proprioção da estrutura e da respiração nasal com uso de um espelho de Glatzel, sempre utilizando o reforço positivo como estratégia e em que a família desempenha um papel importante. Também González (2000, p.53) afirma que é importante desobstruir a respiração nasal (assoando o nariz), de seguida, praticar exercícios de postura de repouso dos lábios fechados incitando à respiração nasal, após a qual, com acesso ao espelho de Glatzel deve ser treinada a respiração de cada narina. É importante que compreendam a importância da respiração nasal e que tomem consciência desta (González, 2000, p. 54). De seguida, segundo esta autora (2000, p. 53 - 54), deve ser trabalhado o tónus do orbicular dos lábios de forma a facilitar a posição de lábios fechados, dos músculos bucinadores e exercícios de alongamento do lábio superior, caso necessário sempre em sintonia com o tratamento ortodôntico, numa perspetiva de trabalho em equipa.

Tal como referido anteriormente, é importante que esta intervenção seja também preventiva e precoce (Spinelli e Casanova *cit in* Amaral et al., 2006, p. 338). Segundo Varandas et al. (2008, p.234), estudos apontam para que existam maior número de recidivas orais na postura da língua, concluindo-se ser muito vantajoso o encaminhamento dos respiradores orais para o Terapeuta da Fala. Um outro estudo desenvolvido por Vanz et al. (2012, p.29.e7) demonstrou que o trabalho em equipa multidisciplinar revela ser bastante eficaz no tratamento desta alteração. Como defende Mocellin (1994, p.142-143) “(...) o inter-relacionamento do Ortodontista, Otorrino e Terapeuta da Fala são a única forma de resolução.”. Freitas et al. (2011, p.1/1) defende a

mesma perspectiva, afirmando que um trabalho em equipa multidisciplinar revela ser vantajoso no tratamento dos respiradores orais. De referir que o estudo levado a cabo por Vanz et al. (2012, p.29e1) revela que os Ortodontistas confiam e consideram necessário a intervenção do Terapeuta da Fala nas áreas da linguagem, motricidade orofacial e na remoção dos hábitos orais.

Na **deglutição atípica** a língua exerce uma força contra as arcadas dentárias, podendo ter várias etiologias como maus hábitos orais, respiração oral, malformações faciais, entre outras (González, 2000, p. 43). Esta autora (2000, p.42) defende a intervenção em equipa na reabilitação da deglutição atípica com intervenção de Psicólogo, Terapeuta da Fala e Ortodontista. Para Braga & Machado (1994, p. 153) estas duas últimas valências são necessárias uma à outra. O Terapeuta da Fala desempenha um papel importante, ajudando o ortodontista na manutenção e automatização da posição de repouso dos lábios e da língua que podem provocar novamente a mobilização dos dentes, e consequentemente, desencadear alterações no ponto articulatório dos fonemas anteriores, quando não corretamente posicionados (González, 2000, p. 49-50), sendo os mais afetados o /t/, /d/, /n/, /l/, /s/ e /z/ (Braga & Machado, 1994, p. 152).

As **alterações da oclusão** podem ser de origem hereditária (mordidas abertas, Classe III, entre outras), congénita (fissuras lábio palatinas, paralisia cerebral, entre outras) ou adquirida (sucção prolongada) (Schwartz e Schwartz, 1994, p. 99), provocando alterações nas funções da mastigação e deglutição (González, 2000, p.41-42). Conforme descrito por Petrelli (1994, p.85) na Classe I, em que existe relação normal entre maxila e mandíbula, as anomalias estão relacionadas com a posição dos dentes, mordidas abertas, entre outras, sendo que na Classe II a maxila encontra-se em posição distal em relação à mandíbula. Segundo este mesmo autor (1994, p. 88) esta subdivide-se em Divisão I em que a língua não encosta ao palato, havendo atividade muscular do mento e bucinador excessiva na deglutição com interposição da língua como compensação, estando ligada a maus hábitos orais, e ainda em Divisão II caracterizada pela função muscular que se encontra nos limites do normal.

Certos casos de má oclusão Classe III de Angle são indicados para cirurgia ortognática, que corrige as desproporções maxilomandibulares. São características da mordida

Classe III ou prognatismo mandibular a incapacidade de encerramento labial, o aumento do terço inferior da face, a hipotonicidade do lábio inferior, a hipertonia compensatória do musculo do mento (Marchesan e Bianchini *cit. in* Aléssio et al., 2007, p.103), palato duro ogival muitas vezes relacionado com respiração oral (Souza e Campiotto *cit in* Aléssio et al., 2007, p.103), pouca ação dos músculos bucinadores, mastigação verticalizada sem lateralização da mandíbula, (Krakauer et al. *cit in* Aléssio et al. 2007, p.103), deglutição alterada devido a má formação do bolo alimentar provocado por uma mastigação pouco eficiente (Berretin-Felix et al. *cit in* Aléssio et al., 2007, p.104), pressão atípica da língua contra o palato duro, anteriorização da língua e participação dos músculos periorais. (Marchesan e Bianchini *cit in* Aléssio et al., 2007, p.103).

O Terapeuta da Fala deve integrar a equipa multi ou interdisciplinar, auxiliando na reorganização neuromuscular após a correção cirúrgica da forma e impedindo a existência de recidivas, sendo a sua meta a supressão das alterações fonoarticulatórias e o seu principal objetivo a adequação dos músculos e das funções estomatognáticas, a eliminação dos distúrbios respiratórios e vocais, das disfunções temporo-mandibulares e dos maus hábitos orais e posturais. (Aléssio et al., 2007, p.102 e 104). De referir também que segundo Urias (1994, p. 190), é recomendada a intervenção em Terapia da Fala na mordida aberta com problemas de fala e deglutição.

Relativamente à **Disfunção Temporomandibular** (DTM), a sua etiologia é multifatorial, estando descritos na bibliografia fatores como alterações na oclusão - perda de dentes, próteses mal adaptadas, ainda problemas esqueléticos, hábitos parafuncionais - sucção digital, bruxismo, entre outros. Provoca dor e dificuldade no movimento mandibular prejudicando a fala e a alimentação (Quinto, 2000, p. 16). Esta mesma autora defende que a intervenção em Terapia da Fala tem como objetivos promover o equilíbrio neuromuscular e da oclusão favorecendo a harmonia cêndilo-disco auricular, aliviar a dor e reduzir a carga da musculatura e articulações temporomandibulares, baseando-se na consciencialização do paciente, eliminação dos hábitos parafuncionais e podendo fazer também uso de compressas húmidas e massagens promovendo o relaxamento. Ainda foca que os exercícios não podem provocar dor e o Terapeuta deverá ter em atenção a existência de ruídos nos

movimentos mandibulares. Dá especial atenção à importância de um trabalho em equipa multidisciplinar incluindo odontologia, fisioterapia, entre outros (2000, p.18-21).

Ao nível da **Fala**, González (2000, p. 25-26) refere que as alterações da articulação provocadas por transtornos miofuncionais, sejam de origem esquelética, muscular ou funcional, refletem-se ao nível do ponto e modo articulatorio. As alterações mais comuns sucedem nos fonemas bilabiais (/b/, /m/, /p/) como no caso da mordida classe II ou nas fissuras labiais, ainda nos fonemas dentais (/t/, /d/) e nos alveolares (/n/) como ocorre na fissura palatina ou no prognatismo. Ainda se pode verificar a ocorrência de sigmatismo anterior provocado por maus hábitos orais ou deglutição atípica e sigmatismo lateral também causado por maus hábitos orais ou posicionamento incorreto da língua contra as arcadas dentárias. Para esta autora (2000, p.25-26), a reabilitação depende do posicionamento correto da língua em repouso e durante a deglutição, bem como a remoção dos maus hábitos orais. Além das já mencionadas, encontram-se ainda alterações na produção dos fonemas /r/(alveolar) devido à dificuldade na mobilidade do ápice lingual ou do fonema /s/ (dental) em pacientes cuja mandíbula é pequena sendo necessário praticar o movimento de protusão criando mais espaço intra-oral. Esta mesma autora (2000, p.25-26), defende que o freio da língua curto, com inserção longa ou com pouca elasticidade pode também provocar alterações nestes fonemas ou provocar pouca agilidade de movimento do ápice da língua. Certos transtornos orofaciais podem também provocar alterações ao nível da ressonância vocal como é o caso das fissuras lábio palatinas , em que a hipernasalidade é evidente (González, 2000, p.26-27).

A sucção digital, um dos **maus hábitos orais** mais frequentes nas crianças, tem variadas consequências. Estão apontados na bibliografia distúrbios como a deglutição atípica com interposição lingual e sigmatismo, alterações esqueléticas e malformações na oclusão como a mordida aberta, em que a língua fica em posição baixa, interferindo no encerramento labial. (González, 2000, p.40 e 45). Os autores Moresca & Feres (1994, p.167-169) acrescentam ainda consequências da sucção prolongada como a respiração oral, retrognatismo, prognatismo, entre outros. Estes autores referem a importância do papel do Terapeuta da Fala para o desaparecimento do hábito, através de consciencialização da criança e orientando os cuidadores. Os autores Degan e Puppini-

Rontani (2005, p.376 e 380) defendem que a terapia miofuncional, trabalhando a mobilidade e postura das estruturas, associada à eliminação dos hábitos de sucção prolongada (chupeta ou outro), através de estratégias, obtém melhores resultados na reabilitação da estabilidade morfo-funcional que pode aumentar a força muscular.

Relativamente à **mastigação**, Bacha e Risaldi (2003, p.200) referem que os distúrbios miofuncionais orais devem ser alvo da intervenção do Terapeuta da Fala. Esta função orofacial dá continuidade ao desenvolvimento da musculatura facial iniciado pela sucção (Tanigute, Bianchino, Franco *cit in* Soncini et al, 2003, pp.209-220), do desenvolvimento dos ossos maxilares e ainda é responsável pela estabilização da oclusão propiciando movimentos precisos e coordenados, importantes na deglutição e na fala (Tanigute *cit in* Soncini et al., 2003, pp.209-220). O padrão mastigatório ideal deve ser bilateral alternado (Molina *cit in* Soncini *et al*, 2003, pp.209-220), mas por vezes sofre desequilíbrios tornando-se unilateral devido a fatores como problemas nos dentes ou músculos, má oclusão, disfunções da ATM (articulação temporo-mandibular), maus hábitos orais, entre outros. Conforme refere Marchesan (*cit. in* Felício e Fernandes, 2003, p.226), dificuldades na mastigação podem ocasionar dificuldades na deglutição. Bacha e Risaldi (2003, p.201) apresentam alguns procedimentos que o Terapeuta da Fala pode ter nestes distúrbios, com base na consciencialização, motivação e automatização, que passam por exercícios miofuncionais trabalhando a mobilidade e/ou tonicidade, da face, bochechas, lábios, língua e músculos da mastigação, ainda por mastigação bilateral com alimento, desde que não apresente dor, ou seja, não tenha limitações. Estes mesmos autores defendem que aos pacientes que apresentam limitações ao nível da ATM, oclusão ou aparelho ortodôntico, não deve ser feito tratamento direto com a mastigação de alimentos, mas apenas um trabalho miofuncional oral. (2003, p.200-201). É importante a reeducação para um padrão mastigatório correto, trabalhando a propriocepção.

No grupo das malformações crâniomaxilofaciais enquadram-se as **fissuras lábio palatinas** (Goulard, 2003, p- 309). É aconselhável que várias áreas estejam envolvidas, desde a Ortodontia, a Cirurgia Plástica, a Otorrinolaringologia, a Terapia da Fala, a Psicologia, entre outras (Filho & Filho, 1994, p.217), e se possível exista um acompanhamento transdisciplinar, já que estão associadas dificuldades na

amamentação, na linguagem, voz, fala, audição, respiração, coexistindo com má oclusão e alterações estéticas da face (Goulard, 2003, p. 309).

Também o autor Thabith Jr. (1993, pp.46-47) afirma que nestas malformações para que haja um correto restabelecimento das funções morfo-funcionais dos órgãos da fala é necessário um atendimento em equipa formado pelo ortopedista, ortodontista e cirurgião. Nestes casos a intervenção precoce é aconselhada, logo na maternidade em que o Terapeuta da Fala deverá intervir nas alterações da deglutição, sucção e respiração e o Ortodontista na aplicação de uma placa palatina que vai auxiliar na sucção e na deglutição (Altmann *et al.*, 1997, p.297). Estamos pois perante uma intervenção interdisciplinar já que ambas as valências trabalham em equipa com o mesmo objetivo.

Para Altmann *et al* (1997, p.297) os principais problemas que uma criança com fissura lábio palatina vai enfrentar são atraso na linguagem devido à má audição ou fatores emocionais, problemas de fala devido a alterações no sistema motor sensorial e outros, e ainda problemas de voz devido à hipernasalidade (Altmann *et al.*, 1997, pp. 298 e 312). São ainda apontadas por Filho & Filho (1994, p.213) dificuldades na mastigação devido a uma eficácia reduzida e dificuldade na respiração causada por obstáculos nasais. Os distúrbios característicos do fissurado na comunicação oral dizem respeito à articulação e à voz (Tabith Jr., 1993, p.48). Apresentam hipernasalidade com escape nasal devido à incompetência velofaríngea sendo comum substituir o /b/ pelo /m/ e dificuldade nas fricativas e plosivas, sigmatismo que se caracteriza por posicionamento inadequado da língua na produção do /s/ e /z/, podendo ser anterior ou lateral (Goulard, 2003, p.312).

A atuação do Terapeuta da Fala nas fissuras palatinas terá então como objetivos a deglutição fazendo aconselhamento de bicos ortodônticos, a adequação da postura na amamentação, a estimulação da sensibilidade para controle das funções orais e, mais tarde, a sua intervenção será orientada para a linguagem e para a fala (Altmann *et al.*, 1997, pp.301 a 308). Goulard (2003, p.312) defende que o Terapeuta da Fala deve executar exercícios articulatórios desde o fonema isolado até às frases simples e complexas e utilizar o discurso espontâneo para a automatização dos fonemas trabalhados, sempre com a participação da família prolongando as consultas em casa.

Dada a importância atribuída na bibliografia consultada, este capítulo não poderia encerrar sem antes ser feita uma breve referência ao momento em que é dada alta ao paciente, por parte do Ortodontista e do Terapeuta da Fala. Segundo refere González, (2000, p.41-42) a alta de Terapia da Fala só deve ser dada após a conclusão do tratamento ortodôntico, com avaliações posteriores do automatismo de padrões adquiridos, já que a estabilidade da oclusão pode sofrer alterações após retirar o aparelho ortodôntico. Os autores Vanz et al. (2012, p. 29.e7), no seu estudo, afirmam que é unânime na literatura a importância de haver coordenação entre a alta de Ortodontia e Terapia da Fala, sendo que o primeiro só a deverá dar após o segundo o fazer.

De referir ainda que um estudo levado a cabo por Amaral et al. (2006, p. 349) indica que casos ortodônticos sem intervenção do Terapeuta da Fala não apresentaram resultados tão positivos como aqueles em que estes atuaram, sendo que existiram menos casos recidivantes. Através da Terapia Miofuncional, o Terapeuta da Fala atua nas alterações musculares e funcionais orais para que depois de retirado o aparelho, se evitarem as recidivas oclusais (Comin & Passos 1999 *cit. in* Varandas et al., 2008, p.234). Um outro estudo desenvolvido por Vanz et al. (2012, p.29.e7) reafirma a importância da intervenção da Terapia da Fala na eliminação de reincidências posteriores.

4 – Fases da intervenção do Terapeuta da Fala na Reabilitação Orofacial

4.1 – A Intervenção Precoce

A fase de encaminhamento para o Terapeuta da Fala, suscita algumas controvérsias, sendo que existem vários aspetos determinantes (Amaral et al. 2006 p. 349). Autores como González (2000, p.39), defendem que a terapia miofuncional pode ser feita em várias fases.

Para esta autora (2000, p.39), a **intervenção precoce** deverá ser levada a cabo no caso de neonatos com fissuras labiopalatinas, malformações craniofaciais, prematuros ou no caso de transtornos neurológicos que apresentem alterações na sucção.

Convém recordar que a intervenção precoce é uma medida preventiva e que pretende habilitar crianças, especialmente dos 0 aos 3 anos, com deficiência ou em risco grave de desenvolvimento, em áreas como a saúde, educação ou ação social, às suas famílias e aos seus contextos (Despacho-Conjunto N° 891/99 de 10 de Outubro). Este despacho refere que a atuação deve ser feita em equipa, sendo o modelo a utilizar o que melhor se adapte ao caso concreto. Diversos estudos indicam que a intervenção precoce pode contribuir para prevenir e reverter problemas do desenvolvimento em crianças de alto risco. (Feldman; Guralnick; Nelson et. al; *cit. in* Peixoto, 2007, p.65).

Mas qual a ligação desta intervenção precoce à motricidade orofacial?

A sucção é fundamental e determinante para o correto crescimento e desenvolvimento do sistema orofacial, já que o movimento promove o encerramento labial, a posição da mandíbula (aumenta a depressão e protusão), colocando-a em contacto com a maxila e proporcionando a posição correta da erupção dos dentes decíduos. Desenvolve e dá maior amplitude também aos músculos que intervêm, mais tarde, na mastigação, como é o caso da língua. Promove um desenvolvimento facial adequado e, por conseguinte, uma correta produção da fala (Cunha, 2001, pp.7-9).

Conforme descreve González (2000, p.40), o Terapeuta da Fala na intervenção precoce, trabalha em equipas englobando a Família e Enfermeiros, tendo como o objetivo estimular o reflexo de deglutição, aconselhar o posicionamento correto para o momento da alimentação, indicar quais os bicos de biberon e de chupetas ortodônticas adaptados a cada caso, e ainda, promover e aconselhar massagens e estimulação oral ao bebé.

Esta autora (2000, p. 94-95), defende que a Terapia Miofuncional deve ser aplicada nas alterações congénitas e naquelas que se desenvolvem com o crescimento, devendo ser realizada em conjunto com o tratamento ortopédico dos maxilares. Uma intervenção precoce é também aconselhada nos respiradores orais, minimizando as consequências, segundo Carvalho (2000, p.3). A intervenção precoce é também aconselhada na remoção dos maus hábitos orais, como a sucção digital, seja através da consciencialização, seja na reabilitação da disfunção da musculatura orofacial com a terapia miofuncional (Degan e Puppini-Rontani, 2005, p.375).

4.2 – Intervenção pré e pós tratamento odontológico

Como referido no ponto anterior, a intervenção de um Terapeuta da Fala pode ser feita em diferentes fases. Para além da intervenção precoce, a bibliografia consultada, refere outras fases aconselháveis de intervenção, umas pré e outras pós tratamento ortodôntico.

Os autores Marchesan & Sanseverino 2004 (*cit in* Varandas et al., 2008, p.237) salientam que, em muitos casos, a *forma* tem que estar adequada para que possa haver uma intervenção de Terapia da Fala eficaz. Nesse sentido, entende-se que a intervenção deverá ser **após** correção feita pelo tratamento ortodôntico, como por exemplo, na mordida aberta anterior. Esta afirmação é fácil compreender nos casos de alteração articulatória provocada pela má oclusão. No entanto, segundo González (2000, p.40) existem casos em que o ortodontista encaminha o seu paciente para algumas sessões de Terapia da Fala, mesmo **antes** da colocação do aparelho. Entende-se que esta intervenção passe por uma consciencialização e reeducação postural da língua e da respiração, já que em certos casos a língua toma uma posição adiantada ou interdental, e está muitas vezes associada à respiração bucal e hipertrofia das amígdalas. Por outro lado, uma outra vantagem de um encaminhamento **na fase inicial** do tratamento ortodôntico, é que permite uma discussão do caso a tempo de se evitar intervenções tardias (Varandas et al., 2008, p.236).

Na correção das alterações maxilo faciais, a intervenção do Terapeuta da Fala, pode ser feita na fase **pré e/ou pós cirúrgica** (González, 2000, p.74). Num estudo realizado por Pacheco (2000, p. 42) concluiu-se que é importante um trabalho em equipa, em que a intervenção do Terapeuta da Fala é muito benéfica, senão “fundamental (...), promovendo uma maior estabilidade no resultado final do tratamento.”, sendo necessário a comunicação entre os profissionais e a atualização dos seus conhecimentos já que as técnicas cirúrgicas estão em constante evolução.

Segundo o mesmo autor, no caso da cirurgia ao maxilar superior para correção de retrognatismo aconselha-se uma intervenção **pós cirúrgica** (2000, p.74). Depois de corrigida a oclusão dentária pelo Ortodontista, o Terapeuta da Fala tem como objetivo a reeducação das funções orais (mastigação, deglutição e fonação), realizando exercícios

para adequar a tonicidade muscular, desenvolvendo um tratamento miofuncional para adaptar a língua e os lábios às novas formas das estruturas, e ainda, para diminuição da dimensão vertical através de exercícios de distensão e tonificação do lábio superior e coaptação da língua no palato duro, reeducando sempre as funções (González, 2000, p. 74).

A intervenção do Terapeuta da Fala **antes e depois** da cirurgia Buco-Maxilo-Facial, está também indicada na correção da mordida Classe III de Angle, ou seja, no prognatismo (González, 2000, p.75). Segundo esta autora, deve ser feita uma reeducação da postura da língua (contra o palato duro), da deglutição (com a língua apoiada no palato duro) e da manutenção da oclusão labial em repouso. Assim, antes da cirurgia é feita uma consciencialização das posturas corretas, de forma a evitar que no período pós-cirúrgico, em que é mantida a imobilidade dos maxilares, a pressão excessiva da língua provoque alterações na oclusão dentária.

O trabalho preventivo no período **pré-cirúrgico** tem como objetivo evitar fatores que possam pôr em risco o pós-operatório (Campiotto e Reis *cit in* Aléssio et al 2007, p.106). Altmann (*cit in* Pacheco, 2000, p.41) defende que nesse período deverão ser dadas orientações ao paciente, deve ser trabalhar a propriocepção dos pontos corretos de postura e deglutição e se necessário também deve ser trabalhada a musculatura. Segundo Berretin-Felix et al. (*cit in* Aléssio et al., 2007, p.104), no período pré-cirúrgico, o Terapeuta da Fala, deverá fazer uma correta avaliação das dificuldades articulatórias, da voz, do tipo e modo respiratório, das funções orais e da existência de maus hábitos orais. Após esta avaliação e segundo os casos, deverá centrar a sua intervenção na supressão da alteração muscular, respiratória e vocal, na reabilitação dos distúrbios temporo-mandibulares (DTM), na eliminação dos maus hábitos orais e posturais, deverá dar orientações e indicações dos padrões musculares corretos das funções orais e das estruturas em repouso, muito importantes para evitar as recidivas pós-cirúrgicas, assim como, poderá focar a sua intervenção na sensibilidade intra-oral e propriocepção com exploração gustativa, térmica e táctil, apesar de que se possam obter mais resultados quando trabalhados no período na pós-cirúrgico (Altmann et al. *cit in* Aléssio, et al. 2007, p.106). Lima e Campiotto (*cit in* Pacheco, 2000, p. 41) defendem que o paciente deve ser orientado na higiene, alimentação, hábitos orais, entre outros.

Gonzalez (2000, p.75) afirma que no período **pós cirúrgico** deverá ser aplicado um tratamento Miofuncional, já que nestes casos a língua se encontra numa posição baixa e projetada. Após a cirurgia, deverá ser feita nova avaliação já que é comum encontrar fatores anteriormente inexistentes, tal como diminuição de abertura da cavidade oral, parestesia do músculo mental, sendo objeto de intervenção (Pacheco, 2000, p.41-42). Conforme defende Souza et al. (*cit in* Aléssio et al., 2007, p.107), a intervenção deve ser feita em dois momentos: no pós-cirúrgico imediato caracterizado pelo bloqueio e, num momento posterior com a terapia propriamente dita. Para estes autores, logo após a cirurgia deve haver um reforço das orientações dadas anteriormente, relativas à postura de lábios e língua, défice de sensibilidade e deglutição e ainda devem ser executados exercícios isotônicos de lábios, língua e bochechas. Segundo os mesmos (*cit in* Aléssio et al., 2007, p.107), num momento posterior, a terapia propriamente dita baseia-se em corrigir posturas musculares híper ou hipotónicas e funcionais com introdução gradual de alimentos sólidos e exercícios para adequar abertura da cavidade oral.

II – FASE EMPÍRICA

1. Desenho do estudo e objetivos

A investigação revela-se de grande importância ao longo da vida profissional, com especial relevância no campo da saúde, já que é um precioso contributo para o conhecimento, a sua evolução e progresso, para a afirmação da profissão e do próprio profissional (Fortin, 2009, p.16-17).

Quanto à escolha do tema, e segundo Fortin (2009, p. 49) este pode estar relacionado com “(...) preocupações humanas, clínicas, sociais ou teóricas (...)” Neste sentido, com o desenvolvimento deste estudo, procurou-se conhecer e dar a conhecer qual a realidade que a profissão de Terapia da Fala enfrenta no mercado de trabalho, relativamente à área da Medicina Dentária, trazendo resultados mais eficazes para o paciente, quando trabalhadas numa base de equipa multidisciplinar. Como refere Fortin (2009, p. 17) existe uma certa distância entre a investigação e a realidade profissional, daí a importância da ligação entre ambas, para que o futuro profissional possa ajustar e adequar a sua ação. Este estudo pretende verificar se a realidade exige uma maior sensibilização quanto à profissão de Terapia da Fala.

Relativamente ao tipo de investigação, este é um estudo descritivo, pois tem “(...) como papel definir as características dos fenómenos (...)” (Fortin, 2009, p.14). Conforme afirma Fortin (2009, p.53), as questões de investigação num estudo descritivo indicam claramente a direção que o estudo vai tomar. Assim, foi elaborada a seguinte questão:

- Qual a percepção dos Médicos Dentistas em relação à intervenção dos Terapeutas da Fala?

Após esta questão, foi então elaborado como objetivo geral deste estudo o conhecimento da percepção dos Médicos Dentistas em relação à intervenção dos

Terapeutas da Fala, sendo os objetivos específicos:

- a) Identificar o conhecimento que os Médicos Dentistas têm das áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala;
- b) Identificar a importância que atribuem aos encaminhamentos para Terapia da Fala de adultos e crianças, e quais as áreas para as quais encaminham;
- c) Identificar a importância atribuída à Terapia da Fala como valência integrante de uma equipa multidisciplinar;
- d) Identificar quais os resultados obtidos relativa aos casos encaminhados para Terapia da Fala;
- e) Identificar a opinião sobre a confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala, quantidade destes na zona de intervenção, acesso às consultas, importância que atribui a esta valência, e por fim, se recorreria à Terapia da Fala em caso de necessidade.

2. Tipo de Estudo

A orientação de uma investigação pode seguir um método quantitativo ou qualitativo (Fortin, 2009, p.26). Neste estudo, optou-se pelo método quantitativo, visto ser o que vai de encontro aos objetivos estabelecidos. A escolha de um método de recolha de dados por questionário só faz sentido quando os resultados são analisados exclusivamente de forma quantitativa. Deste modo, permite a comparação de categorias de resposta, bem como analisar as suas correlações (Quivy e Campenhoudt, 1998, pp.184-185). Segundo a autora Fortin (2009, p.27), o método quantitativo:

(...) visa sobretudo explicar e prever um fenómeno, (...) pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos, suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos.

A autora (1999, p.22), defende ainda que este é um:

(...) processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador.

No método quantitativo existem vários tipos de investigação, sendo que o presente estudo se caracteriza por ser descritivo simples, visto se utilizar para recolha dos dados

a analisar um questionário, tendo como principal objetivo caracterizar a população ou um fenómeno (Fortin, 2009, pp.34-35). É também um estudo transversal, que “ consiste em examinar simultaneamente (...) a população ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação” (Fortin, 2009, p.252).

3. Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de investigação neste estudo, desenvolveu-se um questionário que foi aplicado a Médicos Dentistas, exercendo a sua profissão no Distrito do Porto, durante o período de Janeiro a Março de 2013.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p.188), um questionário:

Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas (...) às suas opiniões, ao seu nível de conhecimentos (...), ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.

Inicialmente, numa fase prévia à construção do questionário, procedeu-se a uma pesquisa exhaustiva de modelos de questionários, tipos de escalas, benefícios das questões abertas ou fechadas. De acordo com as recomendações de Quivy e Campenhoudt (1998, p.188), dado o carácter quantitativo deste estudo, as respostas presentes neste instrumento foram previamente codificadas, sendo de escolha fechada, em que os participantes deveriam, obrigatoriamente, escolher uma das opções de resposta propostas.

Relativamente às ‘variantes’ do questionário, este classifica-se como sendo de ‘administração direta’, já que são os inquiridos que o preenchem, após este lhe ter sido entregue em mão pelo investigador, sendo possível fornecer todos os esclarecimentos necessários inerentes ao estudo (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.188).

Como vantagens da utilização de um questionário neste tipo de estudos, Quivy e Campenhoudt (1998, pp.186) referem o “ (...) carácter muito preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática.”, o facto de ser possível quantificar uma grande variedade de dados e de executar diversas análises de correlação (Quivy e

Campenhoudt, 1998, p. 189) e também a segurança e liberdade de expressão das opiniões dos inquiridos relativamente ao anonimato (Fortin, 1999, p.254).

O questionário presentemente utilizado foi elaborado pela autora do trabalho e pela aluna Cátia Bessa no âmbito da disciplina de Construção e Validação de Instrumentos. Por essa razão, e com o consentimento da orientadora deste estudo, existem partes comuns entre ambos os trabalhos. Seguindo linhas de orientação de Quivy e Campenhoudt (1998, p. 182), foi nessa altura realizado um pré-teste a 5 Médicos de Família, com o intuito de verificar as dificuldades inerentes ao preenchimento do mesmo, quer a nível da compreensão das perguntas, quer ao nível das respostas. Estes não pertenciam ao grupo em estudo, no entanto, apresentam semelhanças. A realização do pré-teste permitiu verificar as dificuldades sentidas pelos participantes tendo estas sido consideradas na reformulação de instrumento. Estas passaram pela anulação das questões abertas, organização da ordem dos domínios e das questões por domínio. Ainda pela clareza da formulação das perguntas, possíveis resistências em responder a determinadas perguntas, adequação e suficiência das opções de resposta, clareza das instruções da transposição de perguntas (como por acontece no instrumento de recolha de dados na questão 17) e do tempo necessário para o seu preenchimento. Para além destas, foram minimizadas as dificuldades de compreensão salientadas pelos participantes neste pré-teste, foi tido em conta o uso de frases curtas e o número de perguntas pouco alargado, de forma a não tornar o preenchimento do questionário cansativo e também para que estes não perdessem a motivação em responder com sinceridade.

De acordo com as indicações de Quivy e Campenhoudt (1998, p. 181), a realização do pré-teste, teve como objetivo a reformulação de perguntas de modo a que estas se tornassem claras e precisas, pois pretende-se que sejam interpretadas da mesma forma pelos diferentes inquiridos. Por outro lado, foi tido em conta o tipo de resposta mais adequado a cada pergunta, o tipo de escala de medida associada às respostas e ainda os métodos a utilizar na análise de dados. O tipo de resposta utilizado foi a qualitativa, sendo esta definida por Hill e Hill (2000, pp. 84-85), como sendo “(...)a escolhida pelo respondente a partir de um conjunto de respostas alternativas fornecido pelo autor do questionário”.

Perante a escolha do tema desta investigação, deu-se a possibilidade de utilização desse mesmo instrumento, no entanto, sofrendo as devidas alterações, e posteriormente, corrigido pela orientadora/docente, dando origem à versão consenso (Anexo I).

O instrumento de recolha de dados apresenta inicialmente um texto introdutório no qual se apela a uma colaboração com a máxima autenticidade. Este divide-se em duas partes, sendo a primeira referente à caracterização dos sujeitos da amostra e a segunda respeitante a 24 questões, sendo estas do tipo fechado e com um único formato.

As questões fechadas permitem ao respondente escolher uma das opções de resposta apresentadas. Apresentam vantagens como a fácil aplicação de análises estatísticas ou outras análises mais sofisticadas nas respostas e como desvantagens a informação limitada em algumas situações e, ainda, o facto de poderem conduzir a conclusões demasiado simples. (Hill e Hill, 2000, p. 94) Como escala de medida associada às respostas utilizou-se uma escala de Likert, escolha múltipla e escala ordinal sim/não/talvez.

O questionário utilizado divide-se em seis domínios, sendo estes seleccionados em conformidade com a informação considerada relevante e que se pretendia obter. São eles:

- dados socio-demográficos (instituição(s) onde exerce a profissão; idade; anos de profissão; sexo; local de trabalho; especialidade),
- conhecimento que os Médicos Dentistas têm das áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala;
- a importância que atribuem aos encaminhamentos para Terapia da Fala de adultos e crianças, e quais as áreas para as quais encaminham;
- a importância atribuída à Terapia da Fala como valência integrante de uma equipa multidisciplinar;
- quais os resultados obtidos relativos aos casos encaminhados para Terapia da Fala;

- opinião sobre a confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala, quantidade destes na zona de intervenção, acesso às consultas, importância que atribui a esta valência, e por fim, se recorreria à Terapia da Fala caso necessitasse.

De forma a organizar o questionário e facilitar posteriormente a análise dos resultados, os itens foram devidamente agrupados por domínios em função do objeto de estudo. Assim, passou-se à distribuição dos questionários junto dos indivíduos em estudo, que aceitaram participar no mesmo.

4. Variáveis

Perante a utilização de um instrumento como o presentemente utilizado, no âmbito desta investigação, as variáveis são medidas através das questões presentes neste (Hill e Hill, 2000, p.83).

Segundo Fortin (2009, p.171), as variáveis são:

(...) unidades de base da investigação, (...) qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas (...), suscetíveis de mudar ou variar no tempo (...)

Para esta autora, formam “(...) a substância das questões de investigação e das hipóteses.” (Fortin, 2009, p.53). São os conceitos aos quais são atribuídos valores numéricos, devendo ser formadas com uma perspetiva concetual e operacional de forma a poderem servir de medida (Fortin, 2009, p.53).

As variáveis passíveis de serem utilizadas num estudo deste âmbito, podem apresentar diferentes classificações, sendo que as variáveis atributo são, segundo Fortin (2009, p.172):

(...) características pré-existentes dos participantes (...) geralmente constituídas por dados demográficos (...) analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra.

Seguindo as linhas de orientação da autora supracitada, as variáveis atributo constantes no instrumento da presente investigação, são a idade, anos de profissão, sexo e local de trabalho. Tendo em conta que a variável independente é “(...) a causa do efeito

produzido na variável dependente.” (Fortin, 2009, p.171), identifica-se no presente estudo como sendo esta variável a especialidade de Medicina Dentária. Relativamente à variável dependente, identifica-se como sendo a percepção que os Médicos Dentistas tem em relação à intervenção da Terapia da Fala, sendo esta “(...) a que sofre o efeito da variável independente.” (Fortin, 2009, p.171). Também foi tido em conta que as escalas de resposta fossem sempre organizadas da mesma forma, da mais positiva para a mais negativa, ou seja, da opção “muito importante” para “irrelevante”, de “sempre” para “nunca”, de “muito bem” para “muito mal”, da opção “muita” para “nenhuma” e de “muito satisfatório” para “insatisfatório”.

As variáveis presentes neste estudo, apresentadas com pormenor no tópico 3, página 36 e 37, são:

- Dados socio-demográficos
- Conhecimento
- Encaminhamentos
- Equipa multidisciplinar
- Resultados
- Opinião

5. Seleção e caracterização da população

Conforme define Fortin (2009, p.311) população é “(...)um conjunto de elementos (...) com características comuns (...)”. Também os autores Quivy e Campenhoudt (1998, p.159) afirmam que este termo designa “(...)tanto um conjunto de pessoas como de organizações (...)”. Uma vez que se torna quase impossível estudar toda a população alvo existente, estuda-se a população acessível que corresponde à parte da população alvo que o investigador consegue aceder (Fortin, 2009, p.311).

Neste sentido, a população acessível deste estudo é formada pelos Médicos Dentistas, que exercem as suas funções no Distrito do Porto. Os critérios de inclusão previamente definidos foram: indivíduos de todas as faixas etárias, de ambos os sexos, com formação em Medicina Dentária, com ou sem especialidade, exercendo funções no Distrito do Porto, no período compreendido entre Janeiro e Março de 2013 e que aceitaram

participar neste estudo. Os questionários foram entregues ‘em mão’, no período acima referido. Os participantes nesta investigação foram 27 elementos, sendo que inicialmente totalizavam os 30 elementos. No entanto, 3 Médicos Dentistas optaram por não participar nessa investigação.

6. Apresentação de dados

O programa utilizado no tratamento dos dados obtidos foi o Microsoft Office Excel 2007. Foram aplicadas metodologias de análise de estatística descritiva, como gráficos e tabelas, para descrever os resultados do estudo, sendo acompanhados de um comentário com as informações que mais se destaram, facilitando a sua visualização e percepção.

As variáveis medidas sobre as escalas nominais, ordinais e de Likert – variáveis categóricas ou discretas (hipóteses de resposta do questionário) - foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis medidas sobre as escalas de intervalos, de razão ou visual analógica – variáveis contínuas (idade e anos de profissão) – foram analisadas utilizando medianas, mínimos e máximos, média e desvio padrão (dp) (Fortin, 1999, p.275). As tabelas e gráficos seguidamente apresentados, estão organizados e agrupados pelos domínios do questionário.

Assim, quanto à caracterização da amostra, na tabela 1 é possível verificar de forma esquemática que existe um grande leque de idades na amostra, bem como de anos de profissão, permitindo obter uma informação abrangente neste estudo.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes no estudo (n=27) relativamente à idade e anos a exercer a profissão.

	Média	(dp)	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	36	+10	34	23	55
Anos de Profissão	12	+9	11	0	28

dp – desvio padrão

Quanto ao sexo dos inquiridos, a amostra é equilibrada, conforme se pode visualizar na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos participantes no estudo (n=27) quanto ao sexo.

	Nº inquiridos	%
Sexo Feminino	14	52
Sexo Masculino	13	48

Em seguida, são expostas as respostas às questões do instrumento de investigação, que tal como referido anteriormente está organizado e agrupado por domínios. Assim, inicia-se pelo “conhecimento” na tabela 3, onde é possível verificar que mais de metade dos inquiridos (52%) considerou conhecer “pouco” as áreas de intervenção de Terapia da Fala.

Tabela 3 – Conhecimento das áreas de intervenção da Terapia da Fala.

	Nº inquiridos (n=27)	%
1. Conhece as áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala?		
Muito Bem	2	7
Razoavelmente	6	22
Pouco	14	52
Muito Mal	5	19

Seguidamente, no Gráfico 1, é possível comparar o conhecimento que os participantes têm das áreas de intervenção da Terapia da Fala. Destacam-se as áreas de Voz e Fala/Linguagem/Comunicação como as mais conhecidas dos participantes (26%), igualando nos resultados obtidos. De referir que a Motricidade Orofacial só é conhecida por 19% dos inquiridos e Neonatologia é a menos conhecida pelos participantes (7%).

2. Quais as áreas da Terapia da Fala que conhece?

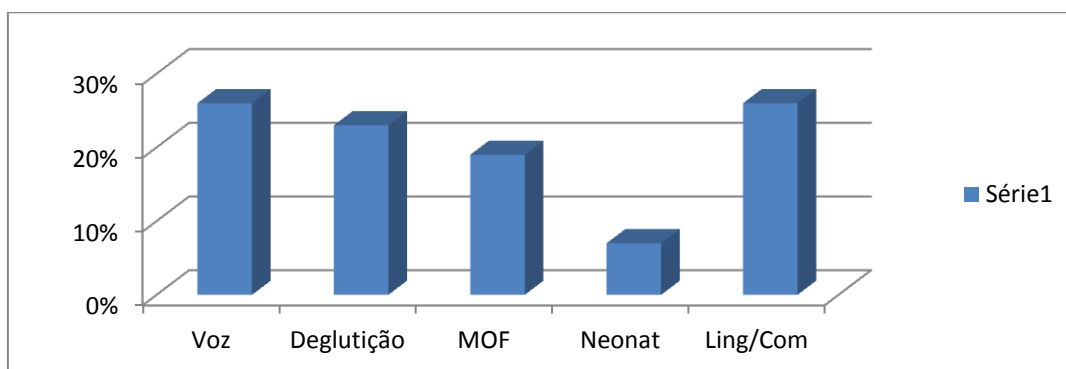


Gráfico 1 – Conhecimento dos participantes (n=27) relativamente às áreas de intervenção de Terapia da Fala.

A tabela e o gráfico que se seguem, são relativos ao domínio respeitante aos “encaminhamentos”. Assim, na tabela 4, destaca-se que existe um maior número dos inquiridos (37%) que costuma encaminhar crianças para Terapia da Fala “algumas vezes”, sendo que 78% considera “muito importante” que estas sejam encaminhadas. Os adultos são encaminhados “poucas vezes” pela maioria dos participantes (48%), mas 63% dos participantes considera “importante” encaminhar adultos.

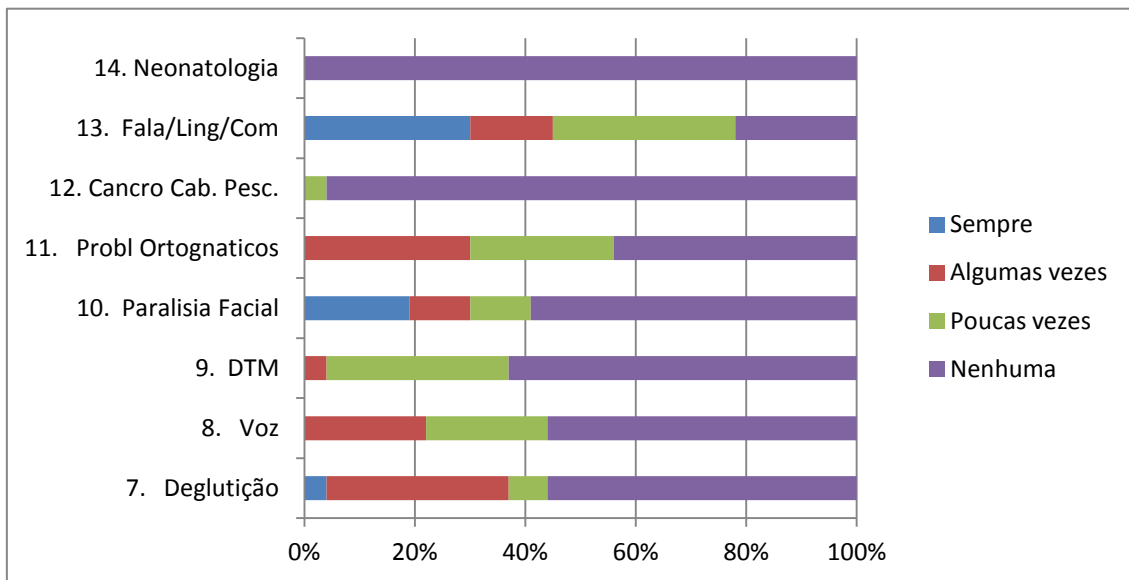
Tabela 4 – Encaminhamentos de crianças e adultos efetuados e importância atribuída.

	Nº inquiridos (n=27)	%
3. Costuma encaminhar crianças para Terapia da Fala com frequência?		
Sempre	1	4
Algumas vezes	10	37
Poucas vezes	9	33
Nunca	7	26
4. Costuma encaminhar adultos para Terapia da Fala com frequência?		
Sempre	0	0
Algumas vezes	3	11
Poucas vezes	13	48
Nunca	11	41
5. Acha importante que os adultos sejam encaminhados para Terapia da Fala?		
Muito importante	9	33
Importante	17	63
Pouco importante	1	4
Irrelevante	0	0
6. Acha importante que as crianças sejam encaminhadas para Terapia da Fala?		
Muito importante	21	78
Importante	6	22
Pouco importante	0	0
Irrelevante	0	0

No gráfico 2, evidencia-se que 100% dos inquiridos não fez “nenhuma” vez encaminhamento de pacientes de Neonatologia, e que uma grande percentagem (96%) não o fez em pacientes com Cancro de Cabeça e Pescoço. Destaca-se ainda que os pacientes com Distúrbios Temporomandibulares, sendo uma área de atuação dos Médicos Dentistas, maioritariamente (63%), nunca foram encaminhados para Terapia da Fala.

7 a 14. **Alguma vez encaminhou para Terapia da Fala pacientes com queixas de:**

Gráfico 2 – Encaminhamentos efetuados pelos participantes (n=27) em função das queixas dos pacientes.



De seguida, na tabela 5 são apresentadas as respostas quanto ao domínio “equipa”. Constata-se que a maioria dos inquiridos (44%) considera “algumas vezes” necessária a valência de Terapia da Fala no seu local de trabalho. Por outro lado, 48% dos participantes responderam que debateram “algumas vezes” com os colegas de saúde sobre a área de Terapia da Fala.

Tabela 5 – Necessidade da valência no seu local de trabalho e de impressões trocadas entre colegas sobre as áreas de intervenção da Terapia da Fala.

	Nº inquiridos (n=27)	%
15. Acha necessário a existência da valência de Terapia da Fala no seu local de trabalho?		
Sempre	6	22
Algumas vezes	12	44
Poucas vezes	8	30
Nunca	1	4
16. Alguma vez debateu com os seus colegas de saúde sobre a área de Terapia da Fala?		
Sempre	1	4
Algumas vezes	13	48
Poucas vezes	9	33
Nunca	4	15

Relativamente ao domínio “resultados”, as respostas estão patentes na tabela 6 e 7, em que dos resultados obtidos dos encaminhamentos efetuados a maioria dos inquiridos (44%) acompanhou “sempre” esses casos.

Tabela 6 – Acompanhamento da evolução terapêutica.

	Nº inquiridos (n=27)	%
17. Dos casos encaminhados para Terapia da Fala acompanhou a evolução terapêutica do mesmo?		
Sempre	12	44
Algumas vezes	1	4
Poucas vezes	6	22
Nunca	8	30

Dos inquiridos que responderam “sempre”, “algumas vezes” ou “poucas vezes” na questão anterior, o que corresponde a 19 dos 27 inquiridos, verifica-se na tabela 7 que 53% responderam que o resultado foi “muito satisfatório” e apenas 5% que foi “insatisfatório”. A maioria, considerou que a Terapia da Fala foi “muito importante” na reabilitação desse caso e apenas 5% consideraram “irrelevante”.

Tabela 7 – Resultados obtidos dos encaminhamentos efetuados.

	Nº inquiridos (n=19)	%
18. O que achou do resultado dessa(s) intervenção(s) de Terapia da Fala?		
Muito satisfatório	10	53
Satisfatório	7	37
Pouco Satisfatório	1	5
Insatisfatório	1	5
19. Acha que a Terapia da Fala foi relevante na reabilitação desse caso?		
Muito importante	13	69
Importante	4	21
Pouco importante	1	5
Irrelevante	1	5

De seguida, serão expostas através de tabelas as respostas respeitantes ao domínio “opinião”. Assim, na tabela 8, constata-se que a maioria dos inquiridos (63%) respondeu sentir “muita” confiança no trabalho desenvolvido pelos Terapeutas da Fala, 26% respondeu ter “alguma” confiança e os restantes 11% sentem “pouca” confiança.

Tabela 8 – Nível de confiança no trabalho desenvolvido pela Terapia da Fala.

	Nº inquiridos (n=27)	%
20. Sente confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala?		
Muita	17	63
Alguma	7	26
Pouca	3	11
Nenhuma	0	0

Na tabela 9, destaca-se que a maioria dos inquiridos (71%) considera que há “alguma” quantidade de Terapeutas da Fala na sua zona de intervenção, e que o acesso das consultas desta valência é “fácil”, segundo 55% dos inquiridos. A maioria (52%) respondeu que considera a Terapia da Fala uma área da Saúde “importante” e nenhum participante considerou “irrelevante”. Questionados sobre se recorreriam à valência de Terapia da Fala em caso de necessidade, 96% dos Médicos Dentistas participantes neste estudo responderam que sim e nenhum dos inquiridos respondeu que “não” recorreria.

Tabela 9 – Opinião quanto à quantidade de Terapeutas da Fala, facilidade de acesso às consultas, importância atribuída à valência e se recorreria a esta caso necessitasse.

	Nº Inquiridos (n=27)	%
21. Acha que a quantidade de Terapeutas da Fala na sua zona de intervenção é:		
Muita	2	7
Alguma	19	71
Pouca	6	22
Nenhuma	0	0
22. Qual a sua opinião em relação ao acesso às consultas de Terapia da Fala?		
Muito fácil	1	4
Fácil	15	55
Um pouco difícil	11	41
Difícil	0	0
23. De uma forma geral acha a Terapia da Fala uma área importante da Saúde?		
Muito importante	12	44
Importante	14	52
Pouco importante	1	4
Irrelevante	0	0
24. No seu caso, se teve/tivesse algum problema relacionado com o âmbito de intervenção dos Terapeutas da Fala, recorreria a estes profissionais de saúde?		
Sim	26	96
Talvez	1	4
Não	0	0

7. Discussão dos resultados

Os Médicos Dentistas que participaram neste estudo apresentam uma grande diversidade relativamente à faixa etária, já que esta compreende idades entre os 23 e os 55 anos. Este facto, proporciona a obtenção de informações e opiniões mais vastas, atravessando gerações de ensino. Por outro lado, permite que exista uma variedade maior dos anos de exercício da profissão o que se traduz em diferentes níveis de experiência profissional e vivência. Poderão existir assim diferentes graus relativos à sensibilidade no que respeita à necessidade de integração de trabalho em equipa, concretamente do encaminhamento para a Terapia da Fala. No respeitante ao sexo, a amostra é bastante equilibrada entre o sexo feminino e masculino.

Em relação ao primeiro domínio objeto de estudo, o “conhecimento”, a maioria dos Médicos Dentistas respondeu conhecer “pouco” as áreas de intervenção da Terapia da Fala, destacando-se que a minoria conhece “muito bem”. Relativamente a esta minoria verificou-se que a faixa etária destes inquiridos encontra-se entre os 26 e os 31 anos, levando à possibilidade de serem os mais novos a estarem mais sensibilizados para a área da saúde em questão ou para o trabalho em equipa com esta valência. No entanto, será importante esclarecer que foram encontrados também indivíduos desta faixa etária com diferentes níveis de conhecimento, ou seja, “razoavelmente”, “pouco” ou “muito mal”, apesar de ser em número inferior em cada uma das escalas, comparativamente aos que conhecem “muito bem”.

De todas as áreas em que os Terapeutas da Fala intervêm, as mais conhecidas são a “Voz” e a “Fala/Linguagem/Comunicação”, seguida da “Deglutição”. Curiosamente, “Motricidade Orofacial” sendo a área que está mais ligada à Odontologia, pois, tal como refere Silva Filho et al. (*cit in* Pereira e Felício 2005, p. 139) através da terapia miofuncional é possível obter um “(...) maior equilíbrio do sistema estomatognático, estabilidade e sucesso nos resultados”, é menos conhecida pelos Médicos Dentistas do que as anteriores. Finalmente “Neonatologia” é uma área praticamente desconhecida pelos inquiridos nesta investigação. Estes dados podem suscitar a existência da necessidade em sensibilizar e informar os Médicos Dentistas para os benefícios que as diferentes áreas de intervenção de Terapia da Fala podem trazer aos seus pacientes,

nomeadamente a Motricidade Orofacial, como corrobora um estudo de Mendes et al. (2005, p.65) que afirma ser necessário “(...) estreitar os laços entre as profissões (...)”. Segundo este estudo, os Terapeutas da Fala deverão dar a conhecer a importância da sua intervenção, numa perspectiva de trabalho de equipa, não só através da divulgação, mas também através do esclarecimento de dúvidas, organizando palestras nas universidades, participando em congressos da área odontológica, publicando artigos em jornais e revistas ou desenvolvendo estudos em conjunto. Assim estará a contribuir para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e aumentar o sucesso dos diferentes tratamentos odontológicos.

Ainda neste domínio, observou-se um outro fator que diz respeito à avaliação que cada participante faz do seu conhecimento relativamente às áreas de intervenção de Terapia da Fala que mostrou ser diversificado. Alguns consideram que conhecem “razoavelmente” respondendo posteriormente que conhecem 2, 3 ou 4 áreas de intervenção, outros “pouco” identificando também 2, 3 e 4 áreas e os que consideram conhecer “muito mal” mas identificando 3 áreas de intervenção. Este fator remete para a possibilidade de os participantes saberem da existência destas áreas, mas considerarem não as conhecer suficientemente bem. Apenas os participantes que responderam conhecer “muito bem” são unânimes no número de áreas, ou seja, todas. Ainda será importante referir que independentemente do nível de conhecimento de cada participante, sobre as áreas de intervenção, a opinião sobre esta é, na maioria, positiva respondendo terem “muita” confiança ou “alguma” e considerando como sendo uma valência “muito importante” ou “importante” na área da saúde. Os participantes que conhecem “muito bem” as áreas de intervenção foram unânimes na sua resposta, emitindo a opinião de que sentem “muita” confiança, considerando esta valência “muito importante”. É, sem dúvida, um aspeto positivo a ressaltar desta investigação, pois seja qual for o nível de conhecimento dos inquiridos, na sua maioria tem uma opinião positiva sobre o trabalho desenvolvido por estes profissionais, bem como sobre a importância da valência.

Quanto ao domínio relativo aos “encaminhamentos” efetuados, os inquiridos encaminharam mais crianças do que adultos, havendo um maior número que “nunca” encaminhou adultos comparativamente aos que “nunca” encaminharam crianças. Por

outro lado, os dados indicam que consideram “muito importante” o encaminhamento das crianças e “importante” que os adultos sejam encaminhados. Este facto poderá ser relacionado com o domínio anterior, em que uma das áreas mais conhecidas pelos participantes é a Fala/Linguagem/Comunicação, mais ligada à intervenção em crianças. De referir que nenhum dos inquiridos considerou “irrelevante” que adultos ou crianças sejam encaminhados, o que indica que apesar de a maioria conhecer pouco as áreas de intervenção em Terapia da Fala (dados do domínio anterior), reconhecem os seus efeitos positivos nas que lhes são conhecidas, corroborando as justificações possíveis evocadas no parágrafo anterior.

Ainda no mesmo domínio, mas relativamente ao encaminhamento de pacientes para as diversas áreas de intervenção da Terapia da Fala que cada Médico Dentista já efetuou, os dados revelaram que o maior número de encaminhamentos de pacientes foi feito para Fala/Linguagem/Comunicação, sendo coerente com os dados referidos anteriormente. Será importante referir que para as áreas mais ligadas à Odontologia, como sendo problemas Disfunção Temporomandibular (DTM) e os problemas Ortognáticos, os encaminhamentos de pacientes foram efetuados “poucas vezes” ou “algumas vezes”, mas nunca “sempre”. Estes dados coincidem com os resultados do estudo desenvolvido por Mendes et al. (2005, p.64), em que os resultados indicaram que a área com menor número de encaminhamentos foram os problemas Ortodônticos, que se inserem na área de atuação da Motricidade Orofacial. Tal como afirma Ferigotti (2005, p.95), por não estarem sensibilizados para o trabalho desenvolvido pelos Terapeutas da Fala, muitos profissionais das áreas afins desconhecem a contribuição que estes podem trazer em casos comuns. Um outro resultado a referir é que apenas 19% dos participantes conhece todas as áreas de intervenção da Terapia da Fala. Estes dados podem levar a consolidar as conclusões tiradas anteriormente, em que haverá necessidade que os Terapeutas da Fala deem a conhecer as vantagens da sua intervenção e promovam uma sensibilização para o trabalho em equipa, em benefício do paciente. A autora Ferigotti (2001, p.94) vai mais longe, afirmando que a competência profissional não depende apenas da sua execução como também da articulação com outros profissionais. Por outro lado, havendo um maior conhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelo Terapeuta da Fala, possivelmente aumentará o número de encaminhamentos, proporcionando uma maior colaboração entre ambas as valências (Mendes et al., 2005, p.65).

Um outro fator a referir ainda no domínio dos encaminhamentos é que a maioria destes profissionais de saúde “nunca” encaminhou pacientes com problemas de Cancro de Cabeça e Pescoço nem pacientes de Neonatologia. No caso da Neonatologia, este facto pode ser justificado com o pouco ou nulo contacto profissional nesta fase da vida por parte dos Odontologistas. Respeitante a esta interação, na bibliografia foram apenas encontrados estudos feitos por Médicos Dentistas relativamente ao tipo de oclusão no período pré-dentário, ou seja, do nascimento até à erupção dos primeiros dentes, numa perspetiva de intervenção precoce de forma a ativar procedimentos preventivos, como por exemplo, o estudo desenvolvido por Almeida et al. (2007). Ainda numa perspetiva preventiva foi encontrado um outro estudo desenvolvido por Odontologistas e Terapeutas da Fala da autoria de Praetzel et al. (2010) relativamente à perceção de mulheres gestantes quanto à consciência e conhecimento dos fatores nocivos ao saudável desenvolvimento do sistema estomatognático do bebé após o seu nascimento. Será ainda importante referir que foram encontradas contradições em 5 participantes que constituem a amostra, entre as áreas que conhecem e os encaminhamentos feitos, principalmente na área de Motricidade Orofacial que apesar de terem respondido não a conhecer respondem depois ter feito encaminhamentos de pacientes com queixas de DTM, Paralisia Facial ou Problemas Ortognáticos.

Analisando em detalhe as respostas obtidas nesta investigação observou-se também que os participantes que “nunca” encaminharam sentem, na sua maioria, “alguma” confiança e consideram a valência “importante” na área da saúde. Mais uma vez, remete para a possibilidade de que estes inquiridos não encaminhem não por sentirem falta de confiança, mas supostamente por estarem pouco sensibilizados para as áreas de intervenção e seus benefícios. Um dado importante e muito positivo a salientar é relativo ao facto dos Médicos Dentistas inquiridos, que são conhecedores de todas as áreas de intervenção, terem realizado encaminhamentos para as áreas de Deglutição, Voz, DTM Paralisia Facial, problemas Ortognáticos e Linguagem/Fala/Comunicação, tendo considerado o resultado “muito satisfatório”, terem respondido que sentem “muita” confiança e que consideram uma área “muito importante”. Esta análise remete mais uma vez para a importância do conhecimento das áreas de intervenção por parte desta classe médica, já que este parece ser o fator desencadeante do trabalho em equipa

e colaboração entre ambas as valências e a obtenção de melhores e mais duradouros resultados nos pacientes.

No que diz respeito ao domínio relacionado com o trabalho em “equipa”, os dados obtidos podem indicar que, apesar de na sua maioria não serem conhecedores de todas as áreas de atuação da Terapia da Fala, percebem existir uma mais-valia no seu trabalho e na proximidade física desta, possibilitando aos seus pacientes o fácil acesso à mesma. Além dessa vantagem, o autor Lima (*cit in* Pacheco, 2000, p. 41) defende que o facto de os profissionais estarem no mesmo local facilita não só o acesso do paciente mas um melhor controlo do caso. Um outro ponto analisado é que são os inquiridos mais conhecedores das áreas de intervenção os que consideram “sempre” necessária a valência no seu local de trabalho, e são os que menos conhecem aqueles que consideram “pouco” necessária no seu local de trabalho. Quanto a terem debatido com os seus colegas sobre esta área de saúde, o maior número de inquiridos respondeu “algumas vezes”, sugerindo uma maior aproximação das duas valências numa perspetiva de um trabalho em equipa.

Quanto ao domínio no qual se estuda a perceção dos “resultados” obtidos após a intervenção em Terapia da Fala, os dados revelaram que a maioria, composta por 70% dos participantes, acompanhou a evolução terapêutica “sempre”, “algumas vezes” ou “poucas vezes”. Destes últimos, num total de 19 participantes, em que se excluiu os que nunca acompanharam, 90% responderam “muito satisfeito” ou “satisfeito” com a intervenção efetuada após o encaminhamento, tendo apenas os restantes 10% respondido “pouco satisfeito” ou insatisfeito”. Por outro lado, também 90% destes últimos consideraram que a Terapia da Fala foi “muito importante” ou “importante” na reabilitação desse caso. Estes dados revelam-se extremamente importantes e muito positivos para toda a classe profissional de Terapeutas da Fala, glorificando o seu trabalho de uma forma global.

Relativamente ao último domínio sobre a “opinião” dos inquiridos, como seria de esperar tendo em conta os resultados obtidos, esta foi de forma geral também positiva. Foi possível constatar que quanto ao nível de confiança atribuída ao trabalho dos Terapeutas da Fala, 89% respondeu entre “muita” e “alguma”, revelando-se coerente

com os dados obtidos no ponto anterior. A quantidade destes profissionais na zona de atuação dos inquiridos é “alguma” ou “pouca” e quanto ao acesso às consultas, estes dividiram-se na sua maioria entre o “fácil” ou “um pouco difícil”, indicando que ainda existe espaço no mercado de trabalho para estes profissionais de saúde na zona de estudo, ou que estes necessitam de dar a conhecer a sua existência e localização, divulgando o seu trabalho. Por último, é de salientar que 96% considerou a Terapia da Fala uma área “muito importante” ou “importante” da saúde, sendo que recorreriam, em caso de necessidade a esta valência e uma minoria de 4% dos inquiridos “talvez” recorresse. Conforme se constatou, a opinião foi positiva, mas talvez se revelasse ainda melhor se o nível de conhecimento dos benefícios que a intervenção do Terapeuta da Fala pode trazer fosse mais abrangente.

Para finalizar não poderia deixar de ser mencionado que as respostas aos questionários que permitiram esta investigação foram analisadas de forma exaustiva e individual, não tendo sido encontradas outras possíveis relações ou interpretações.

III – CONCLUSÃO

Apesar da amostra deste estudo ser limitada e circunscrita ao Distrito do Porto, foi possível obter a percepção que os Médicos Dentistas têm sobre a intervenção do Terapeuta da Fala. Permitiu recolher dados que remetem para o conhecimento das áreas de intervenção, encaminhamentos efetuados, trabalho em equipa, resultados obtidos dos encaminhamentos efetuados e, finalmente, qual a opinião sobre esta valência. Foi possível concluir que os inquiridos, na sua maioria, responderam conhecer pouco as áreas de intervenção e que existem áreas específicas que não conhecem. No entanto, reconhecem na sua maioria que sentem confiança no trabalho desenvolvido pelos Terapeutas da Fala e consideram a valência como sendo uma área importante da saúde. Destaca-se principalmente o pouco conhecimento da intervenção na motricidade orofacial por esta ser uma área que pode contribuir de forma muito positiva para a reabilitação de certos casos odontológicos. Também a neonatologia é uma das áreas menos conhecidas pela amostra. Estes fatores levam a compreender que sejam feitos poucos encaminhamentos e, conseqüentemente, que o trabalho desenvolvido em equipa seja limitado. Um outro facto a referir é que os inquiridos que conhecem todas as áreas de intervenção da Terapia da Fala realizaram “poucas vezes” encaminhamentos de pacientes com problemas de DTM e Ortognáticos. A fala/linguagem/comunicação revelou ser das áreas de intervenção mais conhecidas pelos inquiridos, facto que explica que sejam encaminhados mais crianças que adultos e que esta seja a área com maior número de encaminhamentos. Não obstante, reconhecem como sendo uma mais-valia a existência da Terapia da Fala no seu local de trabalho o que iria facilitar a aproximação destas duas valências. Por outro lado, revelaram que os resultados obtidos dos encaminhamentos efetuados foram positivos e relevantes na reabilitação do caso concreto. Consideram a Terapia da Fala uma área importante da saúde à qual recorreriam em caso de necessidade.

O profissional de saúde tem uma responsabilidade acrescida diante da sociedade, pacientes e colegas (Amaral et al., 2006, p. 337). Nessa perspectiva, é importante que os Médicos Dentistas tenham conhecimento das áreas de intervenção do Terapeuta da Fala, de forma a poderem fazer os devidos encaminhamentos, sejam eles dos seus pacientes, ou de outros indivíduos que se cruzem no seu ambiente social, assim como a

aproximação de ambas as valências numa perspetiva de trabalho em equipa. Apesar de não ser esse o tema deste estudo, não poderia deixar de ser aqui feita uma breve alusão à responsabilidade do Terapeuta da Fala como profissional de saúde. Também este tem um papel importante a desempenhar, propiciando uma colaboração em equipa, devendo sempre que se justifique, fazer os devidos encaminhamentos e partilhar a informação necessária aos outros profissionais, para que o maior benefício seja o do paciente.

Conclui-se portanto que, tal como referido no estudo levado a cabo por Carvalho e Dávila (*cit in* Amaral, Bacha, Ghersel e Rodrigues 2006, p. 338), será necessário fazer uma divulgação eficaz e eficiente do trabalho do Terapeuta da Fala, junto dos Médicos Dentistas, de forma a obter uma maior visibilidade e contribuir para a evolução profissional. A divulgação da importância de um trabalho em equipa deve começar desde a formação do Médico Dentista (Terra et al., 2011, p. 50). Torna-se importante uma consciencialização, fazendo com que estes profissionais se aproximem, atuando numa base de trabalho em equipa. É necessário que os Terapeutas da Fala conquistem um espaço maior e mais significativo, resultando na valorização da profissão, proporcionando um maior acesso e promovendo um maior conhecimento (Ferigotti, 2005, p.95).

De referir que se deverá ter em conta que este estudo foi efetuado com um número de elementos limitado e circunscrito, que apresenta um carácter exploratório e experimental, não tendo sido o instrumento de recolha de dados validado. Sugere-se que futuros estudos dentro deste tema incluam uma amostra mais alargada possibilitando comprovar dados com maior fiabilidade, a comparação dos resultados com o que acontece noutras especialidades médicas, noutras distritos do país (Mendes et al., 2005, p.65), por faixas etárias, comparar resultados com os de questionários feitos a Médicos Dentistas formados em Universidades de outros países, analisar as possíveis diferenças entre as várias especialidades da Medicina Dentária, entre outras. Sugere-se ainda a validação do instrumento e o uso de análise estatística permitindo a exploração de eventuais correlações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aléssio, C.V., Mezzomo, C.L., Körbes, D. (2007). Intervenção Fonoaudiológica nos Casos de Pacientes Classe III com Indicação à Cirurgia Ortognática. [em linha]. Disponível em http://www.odonto.ufmg.br/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=160&Itemid=124 [consultado em 04/03/2013].

Almeida, M.N.F., Siqueira T.O., Ribeiro S.M.. (2007). Avaliação da Oclusão no Período Pré-Dentário em Prematuros Nascidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. [em linha]. Disponível em http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072007000400005&lng=es&nrm=&tlng=pt [consultado em 04/03/2013].

Altmann, E.B.C. *et al.* (1997). Tratamento Precoce. In: Altmann, E.B.C. (Ed.). *Fissuras labiopalatinas*. 4ª Edição. Carapicuíba, Profono Departamento Editorial. pp. 291 a 312.

Amaral, E.C., Bacha, S.M.C., Ghersel, E.L.A., Rodrigues, P.M.I. (2006). Inter-relação entre Odontologia e a Fonoaudiologia na Motricidade Orofacial. [em linha]. Disponível em http://scholar.google.pt/scholar?q=inter-rela%C3%A7%C3%A3o+entre+a+odontologia+e+a+fonoaudiologia+na+motricidade+orofacial&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0 [consultado em 19/02/2013].

ASHA American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Admission/discharge criteria in speech-language pathology* [Em linha]. Disponível em <http://www.asha.org/policy/GL2004-00046.htm> [consultado em 22/03/2013].

Bacha, S.M.C e Rispoli, C.F.M. (2003). Mastigação nos Distúrbios Miofuncionais Oraís. In: Marchesan, I., Zorzi, J. (Ed). *Tópicos em Fonoaudiologia 2002/2003*. Rio Janeiro, Revinter, pp.199-208.

Braga, G.C. e Machado, C.P.. (1994). Deglutição Atípica. *In*: Petrelli, E. (Ed.). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo, Editora Lovisa, pp.152-153.

Cardoso, J.P., Vilela, A.B.A., Souza N.R., Vasconcelos C.C.O., Caricchio, G.M.N. (2007). Formação Interdisciplinar: Efetivando Propostas de Promoção da Saúde no SUS. [em linha]. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40820409> [consultado em 15/03/2013].

Carvalho, M.P. (2000). Respiração Bucal: Uma Visão Fonoaudiológica na Atuação Multidisciplinar. [em linha]. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=119&fase=imprime [consultado em 09.04.2013].

Cunha, V.L.O. (2001). *Prevenindo Problemas na Fala Pelo Uso Adequado das Funções Orais: Manual de Orientação*. São Paulo, Pró-Fono Departamento Editorial.

Degan, V.V., Puppim-Rontani R.M. (2005). Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. [em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/0D/pfono/v17n3/v17n3a10.pdf> [consultado em 01.05.2013].

Diário da Republica – II Série, nº 244 – de 19 de Outubro de 1999, Despacho- Conjunto Nº 891/99 (1999). [em linha]. Disponível em http://educacaoespecial.madeira-edu.pt/Portals/13/Legislacao/desapacho_n_891_99.pdf [consultado em 22/03/2013].

Diário da República – I Série – A, Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro Capitulo II Sub-Capitulo I Artigo 5º Alinea p). (1999). [em linha]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20564.99%20-%20Estabelece%20o%20estatuto%20legal%20da%20carreira%20de%20TDT.PDF> [consultado em 22/03/2011].

Felicio, C.M. e Fenandes R.S.M. (2003). Sinais/sintomas e Mastigação: Estudo Comparativo entre Sujeitos com Distúrbio Temporomandibular e Controle. In: Marchesan, I., Zorzi, J. (Ed). *Tópicos em Fonoaudiologia 2002/2003*. Rio Janeiro, Revinter. pp. 221-231.

Ferigotti, A.C.M. (2005). *O Fonoaudiólogo e Questões Éticas na Prática Profissional*. São Paulo, Anna Blume Editora. pp. 94 e 95.

Filho, L.C. e Filho, O.G.S. (1994). Fissuras Labios-palatais. In: Petrelli, E. (Ed.). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo, Editora Lovisa, pp.213 e 217.

Filho, D.I., Bertolini, M.M., Lopes, M.L. (2006). Contribuição Multidisciplinar no Diagnóstico e no Tratamento das Obstruções da Nasofarínge e da Respiração Bucal. [em linha]. Disponível em <http://www.aipro.info/drive/File/195.pdf> [consultado em 04/03/2013].

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.

Freitas, D.A., Antunes, S.L.N.O., Caldeira, A.P. (2011). Síndrome do Respirador Bucal: Conceitos e Perspetivas. [em linha]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd156/sindrome-do-respirador-bucal.htm> [consultado em 24/01/2013 e 04/03/2013]

González, N.Z.T., Lopes, L.D. (2000). *Fonoaudiologia e Ortopedia Maxilar na Reabilitação Orofacial*. São Paulo, Santos Livraria Editora.

Goulard, B.N.G. (2003). A Fonoaudiologia no Tratamento das Fissuras Labiopalatinas: da Infância à Idade Adulta. In: Marchesan, I., Zorzi, J. (Ed). *Tópicos em Fonoaudiologia 2002/2003*. Rio Janeiro, Revinter, pp.309-313.

Hill, M.M. e Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Sílabo. pp.83-94.

Marchesan, I.Q. (2003). A Equipa de Trabalho no Respirador Oral. [em linha]. Disponível em <http://www.cefac.br/library/artigos/128793285f1134488635759a7b58d7c2.pdf> [consultado em 24/01/2013].

Mendes, J.M.R., Lewgoy, A.M.B., Silveira, E.C. (2008). Saúde e Interdisciplinaridade: Mundo Vasto Mundo. [em linha]. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3864> [consultado em 15/03/2013].

Mendes, A.C.S, Costa A.A., Nemr K. (2005), O Papel da Fonoaudiologia na Ortodontia e na Odontopediatria: Avaliação do Conhecimento dos Odontólogos Especialistas. [em linha]. Disponível em [http://www.cefac.br/revista/Artigo%208%20\(pag%2060%20a%2067\).pdf](http://www.cefac.br/revista/Artigo%208%20(pag%2060%20a%2067).pdf) [consultado em 17/05/2013].

Menezes, V.A., Tavares, R.L.O., Granville-Garcia, A.F. (2009). Síndrome da Respiração Oral: Alterações Clínicas e Comportamentais. [em linha]. Disponível em http://www.odonto.ufmg.br/index.php/pt/arquivos-em-odontologia-principal-121/edis-antiores-principal-125/doc_view/252-artigo-08?tmpl=component&format=raw [consultado em 24/01/2013 e 04/03/2013].

Mocellin, M. (1994). Respirador Bucal. In: Petrelli, E. (Ed.). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo, Editora Lovisa, pp.134-143.

Moresca, C.A., e Feres, M.A. (1994). Hábitos Viciosos Bucais. In: Petrelli, E. (Ed.). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo, Editora Lovisa, pp.167-168.

Morgadinho, P., Ramos, C. (2012). O Conhecimento dos Especialistas na Área da Medicina Dentária Acerca do Papel do Terapeuta da Fala Junto da População em que Atuam. [Poster apresentado no 1º Encontro de Alunos e Antigos Alunos de Terapia da Fala da Universidade Atlântica]. Universidade Atlântica, Escola Superior de Saúde Atlântica.

Pacheco, V.S. (2000). Cirurgia Ortognática: Uma Abordagem Fonoaudiológica. [em linha]. Disponível em <http://www.cefac.br/revista/revista22/Artigo%205.pdf> [consultado em 26/04/2013].

Peixoto, V. (2007). *Perturbações da Comunicação – a Importância da Intervenção Precoce*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa. p.65.

Pereira, C.C., Felício C.M. (2005). Os Distúrbios Orofaciais na Literatura Odontológica: Revisão Crítica. [em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/dpress/v10n4/v10n4a14.pdf> [consultado em 04/03/2013].

Petrelli, E. (1994). Classificação da Má-Oclusão. In: Petrelli, E. (Ed.). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo, Editora Lovisa, pp.80-95.

Praetzel, J.R., Ferreira, F.V., Lenzi T.L., Melo G.P., Alves, L.S. (2010). Percepção Materna sobre a atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. [em linha]. Disponível em http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000200002&lng=p&nrm=iso&tlng=en [consultado em 20.05.2013].

Prates, A., Silva, E. (2011). A Terapia da Fala em Portugal. [em linha]. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9114/6752> [consultado em 19/02/2013].

Quinto, C.A. (2000). Classificação e Tratamento das Disfunções Temporomandibulares: qual o papel do Fonoaudiólogo no Tratamento dessas Disfunções. [em linha]. Disponível em <http://www.nutrifisio.com.br/documentos/classificacaoetratamentodasdisfuncaestemporomandibulares-qualopapel dofonoaudiologonotra65454.pdf> [consultado em 04/03/2013].

Quivy, R. e Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa, Gradiva.

Rahal, A. e Krakauer, L.H. (2003). Avaliação e Terapia Fonoaudiológica com Respiradores Oraís. In: Marchesan, I., Zorzi, J. (Ed). *Tópicos em Fonoaudiologia 2002/2003*. Rio Janeiro, Revinter, pp.261-267.

Saupe, R., Cutolo, L.R.A., Wendhausen, A.L.P., Benito, G.A.V., (2005). Competência dos Profissionais da Saúde para o trabalho interdisciplinar. [em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n18/a05v9n18.pdf> [consultado em 14/03/2013].

Schwartz E., Schwartz E. (1994). Etiologia da Má-Oclusão. In: Petrelli, E. (Ed.). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo, Editora Lovisa, pp.99-109.

Soncini, F. *et al* (2003). Perfil das Crianças de 4 Anos em Relação ao Padrão Alimentar Habitual, Hábitos Oraís Nocivos e Função Mastigatória. In: Marchesan, I., Zorzi, J. (Ed). *Tópicos em Fonoaudiologia 2002/2003*. Rio Janeiro, Revinter, pp.209-220.

Tabith Jr., A. (1993). *Foniatria: Disfonias, Fissuras Labiopalatais, Paralisia Cerebral*. 6ª Edição. São Paulo, Cortez, pp. 46-48.

Terra,G.T.C., Terra V.H..T.C., Domingos, V.B.T.C., Ferriello, V. (2011). A Visão do Aluno de Odontologia da Importância da Multidisciplinaridade Odontologia-Fonoaudiologia nos Cursos de Odontologia. [em linha]. <http://www.revistaunib.com.br/vol2/revista.pdf#page=49> [consultado em 24/01/2013].

Urias, D. (1994). Mordida Aberta Anterior. In: Petrelli, E. (Ed.). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo, Editora Lovisa, p.190.

Vanz, R.V., Rigo, L, Vanz, A.V., Estacia A., Nojima, L.I. (2012). Interrelation between orthodontics and phonoaudiology in the clinical decision-making of individuals with mouth breathing. [em linha]. Disponível em <http://dentalpress.com.br/artigosonline/v17n03o06-pt.pdf> [consultado em 24/01/2013].

Varandas C.P.M., Campos, L.G., Motta, A.R. (2008). Adesão ao tratamento fonoaudiólogo segundo a visão de ortodontistas e odontopediatras. [em linha]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342008000300006 [consultado em 24/01/2013, 19/02/2013 e 04/03/2013].