

MARIANA ROCHA DA SILVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA NO RAMO DA
LINGUAGEM NA CRIANÇA

“INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE A TERAPIA DA FALA E A ORTODONTIA:
PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS”



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, JUNHO DE 2018

MARIANA ROCHA DA SILVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA NO RAMO DA
LINGUAGEM NA CRIANÇA

“INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE A TERAPIA DA FALA E A ORTODONTIA:
PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS”



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, JUNHO DE 2018

Nome da autora: Mariana Rocha da Silva

Nº de aluna: 27983

Curso: Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança

Data: Fevereiro de 2018

Título da dissertação de mestrado: Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais.

Docente Orientadora: Mestre Daniela Vieira

Docente Coorientadora: Professora Doutora Maria da Conceição Manso

Atesto a originalidade do trabalho,

Assinatura da Aluna: _____

(Mariana Rocha da Silva)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança.

Sumário

O termo interdisciplinaridade proporciona o trabalho em equipa que naturalmente concebe o incremento dos conhecimentos específicos de cada área de trabalho, a articulações entre os profissionais de saúde e, por isso, melhores resultados para a reabilitação do utente. Desta forma, a presente investigação tem como principal objetivo clarificar a perceção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária. Para isso, efetuou-se um estudo quantitativo e qualitativo de tipologia observacional, descritivo, e transversal, com uma amostra não-probabilística composta por 129 profissionais destas duas áreas da saúde, que atuam diretamente em Ortodontia. Recorreu-se a três questionários, os quais foram divulgados e disponibilizados *online* para que profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária, que atuassem diretamente com Ortodontia, pudessem responder.

Neste estudo verificou-se que todos os Médicos Dentistas e Terapeutas da Fala inquiridos consideraram esta cooperação *sempre* relevante, mas a concretização prática da mesma ainda não é uma constante para todos. Grande parte dos inquiridos reconheceu benefícios na interdisciplinaridade para o utente e para a sua própria intervenção, reconhecendo a importância do Terapeuta da Fala durante e após o tratamento ortodôntico, inclusivamente referiram que a sua ausência induz a recidiva ortodôntica. A maioria dos participantes revelou não partilhar o mesmo espaço físico com profissionais de Medicina Dentária/Terapia da Fala e reconheceram esse aspeto como necessário para que esta interdisciplinaridade se consolidasse. Registou-se ainda a carência da disseminação da profissão do Terapeuta da Fala e da pertinência desta interdisciplinaridade perante profissionais da área da saúde e junto da comunidade. Em suma, comprovou-se que a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária ainda não é uma prática efetiva nos tratamentos odontológicos realizados em Portugal, o que consequentemente implica maior duração das intervenções e menor sucesso profissional. Sente-se, no entanto, o desejo dos profissionais para que a mesma seja promovida e realizada.

Palavras-chave: Terapia da Fala; Ortodontia; Odontopediatria; Equipa de Saúde; Interdisciplinaridade

Abstract

The term interdisciplinary provides the teamwork that naturally conceives the increase of specific knowledge of each area of work. These articulation among health professionals provides better results for the rehabilitation of the patient. Thus, the present research has as main objective to clarify the perception of the interdisciplinary team work between Speech Therapy and Dental Medicine professionals. For this, a quantitative and qualitative, observational, descriptive, and cross-sectional study was performed with a non-probabilistic sample composed of 129 professionals from these two health areas, who work directly in Orthodontics. Three questionnaires were used, which were published online for professionals in Speech Therapy and Dental Medicine who worked directly with Orthodontics to respond.

In this study, it was found that all Dentists and Speech Therapists surveyed considered this cooperation always relevant, but the practical implementation of it is not yet a constant for all. Most of the respondents recognized benefits in interdisciplinary for the patient and for their own intervention, recognizing the importance of Speech Therapy during and after orthodontic treatment, even mentioning that their absence induces orthodontic relapse. Most of the participants did not share the same physical space with Dental Medicine/Speech Therapy professionals and recognized this aspect as necessary for this interdisciplinary to be consolidated. It was also noted the lack of dissemination of the profession of Speech Therapy and the relevance of this interdisciplinary to health professionals and the community itself. In short, it was verified that the interdisciplinary between Speech Therapy and Dental Medicine is still not an effective practice in orthodontic treatments performed in Portugal, which consequently implies longer duration of interventions and less professional success. However, it is felt that the professionals' desire for it to be promoted and fulfilled, is a reality.

Key-words: Speech therapy; Orthodontics; Pediatric dentistry; Health Team; Interdisciplinary

Agradecimentos

Embora a dissertação seja um projeto individual, a autora da mesma nunca seria capaz de concretizar sem o apoio de um vasto leque de pessoas que de uma forma ou de outra, a incutiram a finalizá-la e, por isso, presto os meus mais sinceros agradecimentos:

À Universidade Fernando Pessoa, que proporcionou as condições necessárias à minha formação académica.

À minha orientadora, Mestre Daniela Vieira, pela forma que sempre me recebeu, incentivou, apoiou e acarinhou, orientando-me através dos seus conselhos e conhecimento até à fase final desta dissertação.

À minha coorientadora, Prof.^a Doutora Conceição Manso, pelo seu incentivo, paciência, orientação, dedicação e espírito crítico que contribuíram significativamente para a qualidade desta dissertação.

A todos os Terapeutas da Fala e Médicos Dentistas que cooperaram na presente investigação, ao cederem voluntariamente o seu tempo e a título gratuito partilharem a sua prática profissional.

Às Médicas Dentistas, Doutora Patrícia Carolo e Prof.^a Doutora Cláudia Barbosa, e às Terapeutas da Fala e minhas docentes, Prof.^a Doutora Fátima Maia, Prof.^a Doutora Joana Rocha e Prof.^a Eva Bolle Antunes, por aceitarem integrar o painel de peritos da presente investigação e partilharem os seus conhecimentos científicos.

À Doutora Helena Freitas e aos colaboradores da sua clínica, pelo seu incentivo e constante disponibilidade, dedicação e simpatia.

Aos meus pais, pelo apoio e encorajamento ao me proporcionarem progredir os estudos na profissão que decidi eleger.

Às minhas colegas de mestrado, que me acompanharam neste percurso, partilhando momentos de estudo, experiências, alguns momentos mais difíceis e muitas alegrias.

Aos docentes do mestrado em Terapêutica da Fala da Universidade Fernando Pessoa, pelos momentos de aprendizagem e exigência.

A todos, um grande obrigada, por contribuírem de uma forma ou de outra para a concretização desta admirável e desafiante etapa.

“Sobreviveste porque escolheste
não abandonar a batalha quando esta
começava a deixar de ser um entretenimento.
Era esse o único milagre de que necessitavas.”

Richard Bach

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO.....	14
II.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.	Trabalho em Equipa.....	16
i.	Dificuldades na realização do trabalho em equipa	20
2.	Terapia da Fala	22
i.	Percurso histórico da Terapia da Fala	22
ii.	Entidades representadoras dos TF	24
iii.	Legislação portuguesa para o TF	25
iv.	Representação social da Terapia da Fala.....	25
3.	Medicina Dentária	27
i.	Percurso histórico da Medicina Dentária	27
ii.	Entidades representadoras dos MD	29
4.	Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária	30
i.	Sistema Estomatognático.....	30
ii.	Pertinência da interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária	33
a.	Ortodontia.....	34
b.	Odontopediatria	37
c.	Periodontia.....	38
d.	Outras áreas da Odontologia.....	38
iii.	Prática profissional entre TF e MD	41
iv.	Vantagens/Dificuldades da interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária	44
III.	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
1.	Objetivos do estudo	47
2.	Tipo de estudo	47
3.	População e amostra	48
4.	Variáveis.....	48
5.	Método de recolha de dados	49
i.	Material.....	49
ii.	Procedimentos	49

iii. Análise de dados	50
IV. RESULTADOS	52
1. Caracterização da mostra.....	52
2. Prática profissional entre TF e MD	52
3. Reconhecimento das vantagens relacionadas à interdisciplinaridade entre Terapia da Fala e Medicina Dentária.....	60
4. Dificuldades enfrentadas na aplicabilidade da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária.....	62
5. Pertinência atribuída pelos profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária a esta interdisciplinaridade.....	67
6. Aspectos prioritários para que a articulação entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária ocorra de um modo mais consistente e eficaz.....	70
V. DISCUSSÃO.....	72
1. Prática profissional entre TF e MD	72
2. Vantagens que os profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária reconhecem na interdisciplinaridade	75
3. Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária na aplicabilidade da interdisciplinaridade.....	76
4. Pertinência atribuída pelos profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária a esta interdisciplinaridade.....	78
5. Aspectos prioritários para que a articulação entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária ocorra de um modo mais consistente e eficaz.....	79
VI. CONCLUSÃO.....	82
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
VIII. ANEXOS (Em volume à parte)	
Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética.....	99
Anexo 2: Questionário inicial para TF.....	100
Anexo 3: Questionário inicial para MD generalistas e com pós-graduação em Ortodontia e/ou odontopediatria.....	101
Anexo 4: Análise dos peritos ao questionário para TF.....	114
Anexo 5: Análise dos peritos ao questionário para MD.....	130
Anexo 6: Questionário para TF reformulado	144

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema ilustrativo do modelo Multidisciplinar	18
Figura 2: Esquema ilustrativo do modelo Interdisciplinar	19
Figura 3: Esquema ilustrativo do modelo Transdisciplinar.....	20

ABREVIATURAS

Ao longo da presente dissertação de mestrado irão emergir algumas abreviaturas, nomeadamente:

Terapeuta(s) da Fala - TF

Médico(s) Dentista(s) - MD

I. INTRODUÇÃO

Esta dissertação, intitulada “A Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais” é a concretização de um projeto de investigação conducente à obtenção do grau de Mestre em Terapêutica da Fala, no ramo da Linguagem na Criança, pela Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.

As práticas colaborativas estão cada vez mais presentes nos dias de hoje (Silva e Canto, 2014) e referem-se ao trabalho interdisciplinar, ou seja, um grupo de profissionais que trabalham com um objetivo comum (Morita e Kriger, 2004). Assim, este será o tema central da presente dissertação de mestrado. Perante este facto, e querendo dar continuidade ao meu percurso académico, a escolha deste tema surgiu naturalmente, tornando-se desta forma um gosto pessoal aliado ao gosto profissional.

Desta forma, como motivação científica a pertinência e a originalidade do mesmo, uma vez que, em Portugal, o trabalho em parceria entre estes dois profissionais de saúde ainda não é prática constante. Na incessante procura de literatura para a realização desta dissertação, constatou-se a escassez de referências bibliográficas portuguesas existentes acerca da temática em questão. Como motivações sociais, abordar as práticas colaborativas entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária permite sensibilizar os profissionais das duas áreas sobre a colaboração e o sucesso do tratamento odontológico, uma vez que a mesma os torna mais capacitados profissionalmente ao nível da avaliação, do diagnóstico e da intervenção e, conseqüentemente, a qualidade de serviço prestado ao utente será superior, despertando e sensibilizando desta forma os profissionais. Como não poderia deixar de ser, o tema também satisfaz motivações pessoais, pois o mesmo relaciona-se com a temática também abordada pela autora do presente trabalho no projeto efetuado para a obtenção da licenciatura em Terapêutica da Fala. Essa investigação intitulou-se como “A influência dos hábitos orais, da respiração oral e da oclusão dentária nas alterações de fala em pré-escolares” e na revisão bibliográfica para a mesma surgiram algumas questões e curiosidades precisamente no que respeita à prática colaborativa entre o Terapeuta da Fala (TF) e o Médico Dentista (MD). Acrescenta-se que a autora do presente trabalho teve uma experiência precoce com os serviços de Medicina Dentária

positiva, motivada pelo ambiente com o qual se deparou e, dessa forma, considera importante estudar este tema no sentido de disseminar essas boas práticas.

Relativamente ao objetivo geral da investigação, o mesmo consiste em clarificar a percepção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária. No que concerne à estruturação desta dissertação de mestrado, a mesma encontra-se repartida em oito capítulos. No primeiro capítulo, onde se insere esta introdução, contextualiza-se a investigação, exibindo a razão e a pertinência da sua concretização e a consequente descrição dos objetivos. O segundo capítulo compreende a revisão teórica, abordando temáticas alusivas ao trabalho em equipa, à Terapia da Fala, à Medicina Dentária e à interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária. No terceiro capítulo descreve-se o enquadramento metodológico, ou seja, o desenho da investigação, nomeadamente os objetivos, o tipo de estudo, a população e a amostra, as variáveis e o método de recolha de dados, no qual se inclui o material, os procedimentos e a análise dos dados. No quarto capítulo, encontram-se expostos os resultados obtidos no que respeita à caracterização socioprofissional e à percepção da interdisciplinaridade, com recurso a um software de análise de dados (IBM® SPSS® Statistics vs. 25.0). No quinto capítulo expõe-se uma discussão acerca dos resultados obtidos, tendo em conta os objetivos delineados para o estudo. O sexto capítulo foca-se na conclusão desta investigação enumerando as limitações, possibilidades de estudos futuros e relevância desta investigação na atualidade. No sétimo capítulo enumeram-se as referências bibliográficas e como forma de encerrar esta dissertação de mestrado, no oitavo capítulo encontram-se os anexos.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Trabalho em Equipa

O Homem possui a racionalidade, como característica distinta dos demais seres. Dessa forma, justifica-se a sua incessante necessidade de ampliar conhecimentos, visto que os pensamentos limitados e os saberes fracionados não o satisfazem (Almeida, 2013). Todavia, na área da saúde, o termo interdisciplinaridade é uma temática pouco estudada (Mancopes *et alii.*, 2009), embora seja considerada pertinente, uma vez que incita melhores resultados na recuperação/reabilitação dos utentes e no trabalho dos profissionais de saúde (Freitas, 2013). Estes, por sua vez, como forma de espelharem qualidade, nutrem a necessidade de se especializarem numa pequena e definida área do corpo humano (Cerrillo, 2013). Com o incremento do conhecimento e do desenvolvimento das profissões, a consciência relativamente às suas competências e limitações tem-se vindo a aprimorar, o que favorece o reconhecimento da necessidade de recorrer a saberes de outras áreas clínicas como forma de maximizar o bem-estar do seu utente e de alcançar melhores resultados clínicos (Amaral *et alii.*, 2006; Silva e Canto, 2014).

Na área da saúde, a oferta de serviços é extensa e o utente tem-se revelado cada vez mais exigente no que confere às competências e conhecimentos diferenciados do profissional que o acompanha (Pereira e Felício, 2005). Embora se exija aos profissionais, aptidões superiores aos saberes específicos de cada área disciplinar (Franco, 2007 *cit. in* Almeida, 2013), não se conjectura que se desacreditem as particularidades que cada profissão acarreta (Santos, 2016) e que os especialistas na área da saúde dominem e empreguem isoladamente os seus saberes profissionais específicos (Vasconcelos, Gillo e Soares, 2009). Pelo contrário, ambiciona-se o surgimento da partilha de conhecimentos específicos de cada disciplina (Santos, 2016) e a combinação de saberes, com o intuito de providenciar respostas efetivas e eficazes às dificuldades que envolvem a perspetiva de qualidade, incluindo o ambiente de trabalho (Vasconcelos, Gillo e Soares, 2009).

A interdisciplinaridade gera a hipótese para trabalhar em equipa, de forma a alcançar resoluções, a enobrecer os conhecimentos específicos de cada área de trabalho e a

viabilizar a articulação entre as diversas profissões de saúde (Perini *et alii.*, 2001 *cit. in* Mancopes *et alii.*, 2009). Pelo facto de proporcionar maior dedicação (Cerrillo, 2013), segurança e confiabilidade na reabilitação ao utente, deverá ser apreciada como uma carência na área da medicina (Bervian e Rodrigues, 2010), que permite a progressão da qualidade dos serviços dispensados (Santos, 2016).

Salienta-se a importância das instituições que facultam formação académica se preocuparem com a consciencialização dos futuros profissionais para a interdisciplinaridade e para a valorização da opinião de outros profissionais de saúde que atuam em áreas diferentes, visto que dessa forma se prevê que todos os profissionais estejam aptos a integrar o mercado de trabalho (Silva, 2013). Comumente, algumas terminologias associam-se a modelos de comunicação no trabalho em equipa, nomeadamente o termo “multidisciplinaridade”, “interdisciplinaridade” e “transdisciplinaridade” que são empregues de forma indiscriminada e utilizados como sinónimos. No entanto, as mesmas são distintas e representam os diferentes modelos de trabalho em equipa embora apresentem como semelhança o facto de potenciarem desafios profissionais, pessoais e interpessoais para aqueles que os integram (Almeida, 2013). Este processo alastra-se a inúmeras equipas, mas todas com o intuito de partilhar experiências, conhecimentos e competências para o atendimento ao utente (Nancarrow *et alii.*, 2013).

Assim, através do modelo **Multidisciplinar**, é possível analisar o utente de acordo com o conhecimento de duas ou mais especialidades médicas diferentes (Philippi *et alii.* 2000 *cit. in* Oliveira, 2015), como se encontra ilustrado na Figura 1, inclusivamente, o mesmo pode implicar a atuação de diferentes disciplinas onde aparentemente nem apresentam relação entre elas (Pereira e Poll, 2008). O mesmo não impõe a comunicação entre os profissionais de cada área e a intervenção mantém-se numa visão unidisciplinar (Philippi *et alii.* 2000 *cit. in* Oliveira, 2015), ou seja, cada um dos profissionais apresenta domínio sobre a sua especialidade e não pode, nem deve, empregar práticas de outras especialidades (Mendes, 2010). Esta conduta adotada pelo modelo complexifica a perceção global da situação e condiciona a aprendizagem de saberes das outras áreas profissionais (Mendes, 2010). No entanto, e embora não seja uma imposição do modelo, é expectável que a atitude dos profissionais vá mais além, de tal forma que procurem estabelecer uma relação entre eles (Fossi e Guareschi, 2004). Desta forma, pressupõe-se

que ocorram reuniões entre os profissionais que acompanham o utente, para que as suas necessidades sejam atendidas, os objetivos comuns sejam alcançados e o seu bem-estar maximizado (Oliveira, 2015).

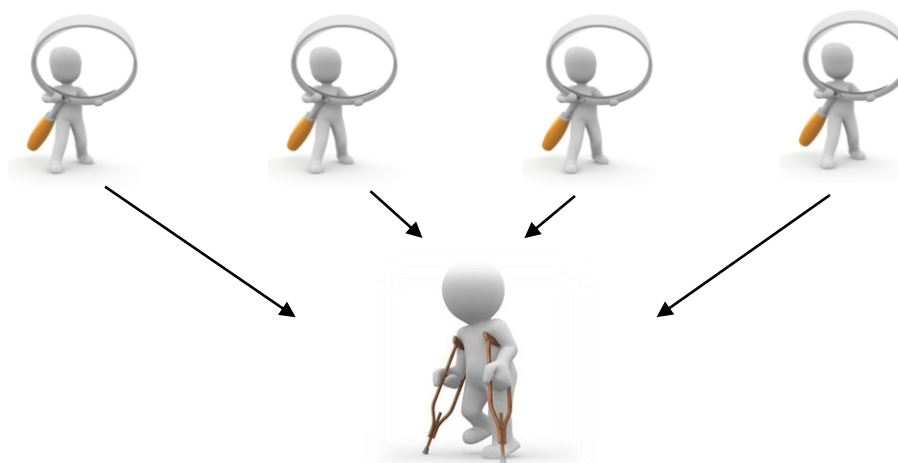


Figura 1: Esquema ilustrativo do modelo Multidisciplinar

Na área da saúde, o trabalho em equipa é essencial para que as competências profissionais não sejam concedidas apenas a um profissional, mas a um conjunto de profissionais de múltiplas áreas e especialidades (Tavares *et alii.*, 2012 *cit. in* Oliveira, 2015). Assim, devido à natureza multidimensional do ser humano, são exigidas práticas profissionais **interdisciplinares** (Scherer, Pires e Jean, 2013), as quais se encontram representadas na Figura 2. Através desse modelo, pretende-se a interação entre duas ou mais áreas profissionais complementares que se unem por um objetivo comum (Oliveira, 2015) e, dessa forma, as informações de uma área disciplinar são úteis para outras (Mendes, 2010). Em semelhança com o modelo anterior, neste também se verifica a partilha de informação, mas a intervenção é realizada individualmente (Mendes, 2010). Essa partilha poderá ocorrer através da partilha de ideias até à interiorização e utilização de outras formas e procedimentos (Urban, Maia e Scheibel, 2009 *cit. in* Oliveira, 2015). Contudo, não é expectável a remoção ou diminuição da especificidade de cada área profissional, mas a partilha entre os profissionais acerca de conhecimentos e de perspetivas de forma a ampliar a visão sobre outras realidades (Oliveira, 2015).

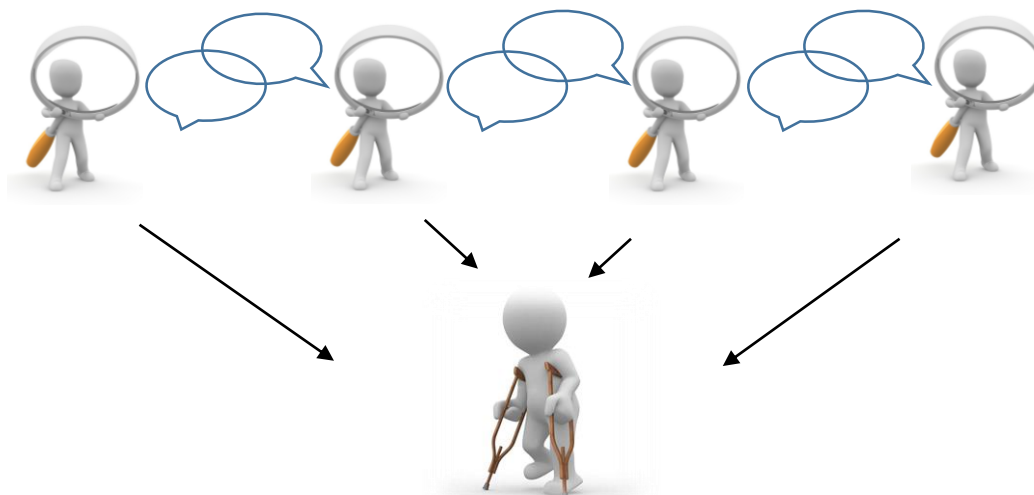


Figura 2: Esquema ilustrativo do modelo Interdisciplinar

Num nível mais complexo, surge o modelo **Transdisciplinar**, abordado pela primeira vez em 1970, na Universidade de Nice (Almeida, 2013). Nos dias de hoje, é um dos termos científicos mais abordados, possivelmente pela necessidade de cooperação entre as várias áreas ser uma crescente exponencial com a perspectiva de o verdadeiro conhecimento ser concebido (Almeida, 2013). Este modelo consente a visão global da situação e o planeamento da intervenção é realizado em conjunto pelos profissionais que, por sua vez, têm a oportunidade de adquirir conhecimento e estratégias de outras áreas profissionais (Mendes, 2010), como é visível através da Figura 3. Através do mesmo, especula-se a unificação do conhecimento entre os profissionais, através da diminuição da individualidade e da limitação dos conhecimentos das diferentes disciplinas (Almeida, 2013).

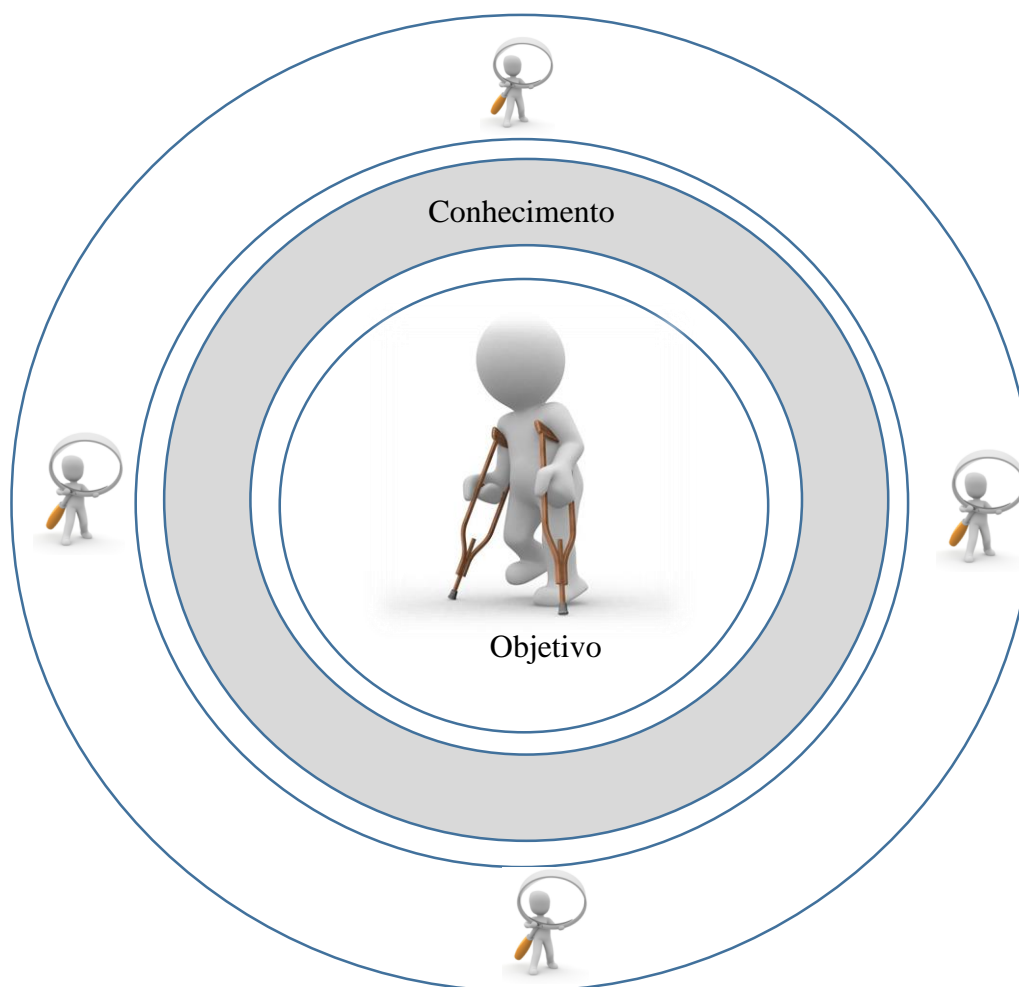


Figura 3: Esquema ilustrativo do modelo Transdisciplinar

i. Dificuldades na realização do trabalho em equipa

Trabalhar em equipa interdisciplinar é cada vez mais habitual, embora se desafiem as fronteiras profissionais (Nancarrow *et alli*, 2013). Todavia, este tipo de trabalho apenas é considerado eficaz quando se fortalecem uma panóplia de competências, nomeadamente o convívio, a aquisição do conhecimento através do outro e o questionamento acerca do próprio conhecimento (Santos, 2016). Mas, a implementação desta forma de intervir nem sempre é fácil, especialmente no que concerne à partilha de experiências, à elaboração conjunta de objetivos e à presença de diferentes opiniões entre os profissionais de saúde (Mancopes *et alii.*, 2009). Dessa forma, os profissionais não se encontram suficientemente habilitados para trabalhar de forma interdisciplinar, numa equipa multiprofissional, como seria expectável (Mancopes *et alii.*, 2009). Essa lacuna poderá

ser atribuída aos docentes dos profissionais, uma vez que o perfil profissional começa a ser instruído através das práticas profissionais e o discurso adotado tende a ter impacto no futuro do profissional (Mancopes *et alii.*,2009).

A partilha de conhecimentos que os diferentes modelos de trabalho em equipa implicam, poderá suscitar nos elementos que a integram o sentimento de perda de identidade profissional e conseqüentemente gerar-se o medo, a insegurança ou a partilha inadequada de conhecimentos e estratégias (Almeida, 2013). Esses comportamentos, juntamente com o sentimento da desvalorização profissional, a timidez, a imaturidade, o receio de falhar, as competições de poder, a ignorância sobre a forma como se processa o trabalho interdisciplinar, as limitações na formação profissional e a questão do poder médico são fatores que limitam os profissionais de saúde na sua partilha de conhecimentos quando trabalham em equipa (Scherer, Pires e Jean, 2013).

Em contrapartida, essa partilha é fomentada quando são instauradas características pessoais idênticas à receptividade para o conhecimento, à colaboração interpessoal, à capacidade comunicativa, à negociação, ao aconselhamento, à resolução de conflitos e à procura de consensos (Almeida, 2013). Assim, em 2013, Nancarrow *et alii.* estipularam dez princípios para que o trabalho em equipa emergisse de forma satisfatória, os quais incluem a nomeação de um líder, a oferta de serviços à equipa, a relevância da confiança, o reconhecimento das contribuições do conhecimento e a promoção do consenso; a adequação das infraestruturas; a documentação dos resultados obtidos na prestação de serviços ao utente de forma a obter *feedback* para melhorar a qualidade dos mesmos; a implementação de estratégias comunicativas que promovam a comunicação no núcleo da equipa; fornecer ao utente um equipa capaz de integrar uma combinação de competências, experiências e personalidades que lhe providencia um melhor aproveitamento; simplificar o recrutamento de pessoal que exiba competências interdisciplinares; incentivar a interdependência dos papéis; e auxiliar o desenvolvimento pessoal.

2. Terapia da Fala

i. Percurso histórico da Terapia da Fala

A profissão do TF surgiu das experiências extraídas por pioneiros na área da própria Terapia da Fala, com a partilha de conhecimento de áreas como a Medicina, a Linguística e a Psicologia (Batista, 2011). Sendo a mesma considerada como uma profissão que agrega saberes de múltiplas áreas científicas, nomeadamente das ciências médicas e biológicas, das ciências do comportamento, da tecnologia aplicada à fala e das ciências da linguagem e da comunicação nas quais se incluem a linguística, a fonética e a fonologia (Prates e Silva, 2011).

Quando a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa decidiu abrir o Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, a carência da profissão do TF foi notada para reabilitar indivíduos com perturbações da linguagem (Prates e Silva, 2011). Assim, em representação dessa instituição, alguns portugueses emigraram para fazer formação noutra país e em 1962 regressaram ao seu país de origem na condição de docentes (Prates e Silva, 2011), o que permitiu formar, em 1965, os primeiros três profissionais habilitados a exercer a profissão (Batista, 2011; Prates e Silva, 2011).

Nos dez anos seguintes, a formação nesta área profissional manteve-se restrita, pois apenas se formavam entre um a três profissionais por ano (Batista, 2011). Contudo, após 17 anos, em 1982, surgiu na atual Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (ESS.PPorto) o curso de Terapêutica da Fala (Batista, 2011).

Em semelhança a outros cursos, até 1999 o Bacharelato era o grau académico atribuído aos TF (Batista, 2011). Posteriormente, a Licenciatura foi atribuída de forma bietápica, isto é, o estudante passava por três anos de Bacharelato e por um ano de Licenciatura. Porém, atualmente, através do processo de Bolonha, aboliu-se o Bacharelato e emergiram dois ciclos, a Licenciatura (4 anos) e o Mestrado (1 ou 2 anos) (Batista, 2011).

Constata-se, assim, que nos últimos 52 anos a profissão se tem desenvolvido e expandido no que se refere ao número de profissionais e à prática profissional, isto é, áreas e locais

de intervenção, visto que no Decreto-Lei nº 110/2017 de 31 de agosto vem contemplada a criação da carreira de Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica em hospitais e estabelecimentos de saúde similares que sejam entidades públicas empresariais, assim como em estabelecimentos de saúde de gestão e financiamento privado que se encontrem integrados no Sistema Nacional de Saúde (Diário da República, 2017). Todavia, ainda há muito caminho a percorrer, pois a Terapia da Fala apenas se tornou oficial e deu início ao seu percurso no século XX, conferindo-lhe a categoria de recente (Batista, 2011).

O início do século XXI foi marcado por um crescente de instituições académicas a disponibilizar a formação em Terapia da Fala, quer no ensino público na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESSIPS), na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (ESSUAlg) e na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSIPL); quer no ensino privado, na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA), na Escola Superior de Saúde da Universidade Egas Moniz (ESSUEM), na Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa (ESSUFP), na Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica (ESSUAtl) e no Instituto Superior de Saúde do Alto Ave (ISAVE) (Batista, 2011). Todavia, no ano letivo 2017/2018 a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (ESSUAlg) não abriu vagas para o leccionamento do curso e no setor privado apenas a Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA) e a Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa (ESSUFP) se mantêm a lecionar esta profissão.

Sabe-se, através da *Associação Portuguesa de TF*, que em 2008 o número de profissionais se situaria nos 1250, sendo que em Junho de 2011 esse número aumentou para os 1564 (Batista, 2011). Em Julho de 2017, a mesma instituição transmitiu que na *Administração Central do Sistema de Saúde* se encontravam registados 2816 TF com cédula profissional emitida. Desta forma, comprova-se que o número de profissionais habilitados para exercer a profissão tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos.

ii. Entidades representadoras dos TF

A Terapia da Fala não é representada por nenhuma Ordem, tal como acontece com outras profissões, como são exemplo a Medicina Dentária e a Enfermagem. Porém, a 11 de Maio de 1978, foi concebida a *Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala* (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2017), uma entidade de auto regulação profissional direcionada aos TF portugueses. Esta associação é membro fundador do *Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia* (CPLOL) e da *International Association of Logopedics and Phoniatrics* (IALP), sociedade científica e profissional a nível internacional (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2017).

A *Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala* detém o dever de potenciar a evolução da Terapia da Fala, inclusivamente o progresso técnico e científico, de forma a garantir o respeito e o direito pelos utentes face a uma terapia acreditada (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2017). A instituição assumiu como objetivo incentivar e divulgar a profissão do TF; fixar normas éticas e deontológicas e zelar pela sua obediência; proteger os direitos dos seus sócios; potenciar o aprimoramento dos seus sócios e cooperar com programas de ensino da Terapia da Fala; conceder informações e dar apreciação a assuntos do seu âmbito profissional tanto a nível oficial como privado; e conservar relações a nível nacional e internacional com organizações de conveniência (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2017).

Posteriormente, a 8 de Janeiro de 2014, surgiu a *Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala* que adota como objetivos estratégicos para o triénio 2014-2016: reunir profissionais interessados na progressão de atividades científicas na área da Terapia da Fala; desenvolver, potenciar e publicitar atividades de investigação científica em áreas específicas da Terapia da Fala; concretizar encontros científicos e publicar estudos científicos no âmbito da Terapia da Fala; fomentar o estudo e o progresso científico das diversas áreas específicas da Terapia da Fala; colaborar com outras organizações de índole científica a nível nacional e internacional de forma a maximizar o desenvolvimento de atividades científicas na área da Terapia da Fala em coadjuvação com profissionais da área e de áreas similares, sempre que necessário (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2017).

iii. Legislação portuguesa para o TF

Atualmente, em Portugal, esta profissão vincula-se aos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica e é regulamentada e definida pelo Decreto-Lei nº 110/2017, artigo 3º. No Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de dezembro, consta que o TF ostenta ação sobre o

“Desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não-verbal.” (Diário da República, 1999, p. 9085).

Uma vez que nesta definição não estão enumeradas todas as áreas da sua atuação, acrescenta-se o estudo da CPLOL (2005) que demonstra a importância da atuação do TF, a nível europeu, na avaliação e na intervenção das alterações da deglutição. Trata-se de uma profissão destinada a todas as faixas etárias, desde os recém-nascidos até aos idosos, sempre com o intuito de maximizar a qualidade de vida do utente (Batista, 2011).

Estes Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica assumem como particularidade a diferente denominação em diversos países, pois intitulam-se de

“...Speech and Language Therapy (em países de influência anglo-saxónica), Speech and Language Pathology (nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá), Speech Pathology (na Austrália), Logopedics - logopedia (em países cuja língua principal é o espanhol), Ortophonie - ortofonia (em países cuja língua predominante é o francês) e Fonoaudiologia (em alguns países sul-americanos, nomeadamente o Brasil).” (Batista, 2011, p. 3).

iv. Representação social da Terapia da Fala

As representações sociais associam-se a conhecimentos científicos e a pensamentos abrangentes, ideológicos ou culturais. No entanto, o impacto que a influência social causa na elaboração dessas representações através de meios de comunicação mediáticos ou informais, é inevitável (Cabecinhas, 2004).

Numa fase inicial, a comunidade médica e os MD observavam a Terapia da Fala como uma área suplementar e subordinada à deles (Calais, 2002 *cit. in* Pimentel, Lopes-Herrera e Duarte, 2010) e o conhecimento que detinham sobre a sua atuação era exclusiva à fala, desconsiderando as restantes áreas (Rabelo *et alii.*, 2004). Atualmente, a situação mantém-se idêntica e a comunidade dos MD mantém poucos conhecimentos sobre as diversas áreas de intervenção do TF, inclusivamente exibem um desconhecimento total perante áreas específicas (Freitas, 2013). No entanto, este conhecimento é uma constante entre os estudantes da área da saúde (saúde oral, reabilitação, medicina e enfermagem) (Santos, 2016), entre os acompanhantes de utentes de Terapia da Fala e entre a população em geral (Pimentel, Lopes-Herrera e Duarte, 2010). Vulgarmente, associam o TF a alterações de fala e de audição, sendo as áreas de atuação remanescentes pouco citadas (Pimentel, Lopes-Herrera e Duarte, 2010). Como se pode comprovar, não tem sido visível um conhecimento sedimentado acerca da interdisciplinaridade entre estes profissionais com outros, independentemente da área de atuação, que conjecture princípios teórico-metodológicos satisfatoriamente definidos e consistentes (Mancopes *et alii.*, 2009).

São vários os estudos (Varandas, Campos e Motta, 2008; Mancopes *et alii.*, 2009; Pimentel, Lopes-Herrera e Duarte, 2010) que abordam a necessidade de se realizarem novas pesquisas que permitam disseminar a dimensão da atuação do TF na área da Motricidade Orofacial, assim como as suas delimitações e sustentar a interdisciplinaridade, de forma a alargar os seus horizontes. Desta forma, poderá ponderar-se em alcançar uma apreciação superior como profissão intrínseca à área da saúde que intervém não só na qualidade de vida, como na promoção da saúde (Pimentel, Lopes-Herrera e Duarte, 2010). Embora esta visão restrita acerca da intervenção do TF, este Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica é considerado pela população como uma mais-valia na promoção da comunicação, na qualidade de vida e no relacionamento social do indivíduo (Pimentel, Lopes-Herrera e Duarte, 2010).

3. Medicina Dentária

i. Percurso histórico da Medicina Dentária

Inicialmente os cuidados de saúde oral em Portugal prestavam-se através de profissionais de medicina que poderiam possuir ou não a especialidade de Estomatologia, e por profissionais sem competências académicas, sendo a maioria deles clandestinos (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Os primeiros 20 licenciados em Medicina Dentária surgiram em 1979, oriundos de uma instituição de ensino pública, a Escola Superior de Medicina Dentária do Porto, sendo a CESPU a primeira instituição privada a formar licenciados nesta área, através do Instituto Superior de Ciências Dentárias do Porto e do Instituto Superior de Ciências Dentárias de Lisboa (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008).

A Ordem dos Médicos legitimava, em 1980, os profissionais de MD como iguais aos Estomatologistas, no que se referia à prática da profissão (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Através do Decreto-Lei nº 250/89 de 8 de Agosto e, posteriormente, através da publicação da Portaria nº 609/85 de 17 de Agosto, no ano letivo de 1985/86, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra criou a Licenciatura em Medicina Dentária (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Mais tarde, no ano de 1986, os MD Portugueses entraram na Comunidade Económica Europeia, uma vez que detinham um perfil adequado e, por isso foi

“(…) considerando que os Estados-membros assegurarão, a partir da aplicação da presente directiva, que a formação de dentista confira a competência necessária ao conjunto das actividades de prevenção, diagnóstico e tratamento relativamente às anomalias e doenças dos dentes, da boca, dos maxilares e dos tecidos atinentes” (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, p. 20)

Apesar de toda esta regulamentação apenas na década de 90, os Hospitais Universitários de Coimbra passaram a ter o Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Nessa mesma altura estavam-se a formar profissionais capacitados para o exercício da profissão, mas estimava-se que 3500 MD ainda exerciam atividade ilegalmente (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Apontava-se como a única solução para controlar o exercício

ilegal da profissão, a deontologia, a representação internacional e a implementação de carreiras públicas (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Ainda nessa época, havia uma necessidade incessante por parte destes profissionais para abandonar a Ordem dos Médicos e criar-se a *Ordem dos Médicos Dentistas*, com o intuito de dar autonomia a estes profissionais e sustentar o estatuto de MD, sendo que, em 1990, foi formulado um relatório que contemplava tais ideias (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Tal ocorreu através da Lei nº 110/91, em 1991. Assim, concebeu-se a *Associação Profissional dos Médicos Dentistas*, a qual funcionava como uma ordem profissional, embora não detivesse essa designação devido a pressões da direção da Ordem dos Médicos (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). No entanto, tal alteração de designação acaba por surgir em 1998, através da Lei nº 82/98, de 10/12.

Ainda, no final dos anos noventa, em janeiro de 1999, construíram-se as especialidades de Ortodontia e de Cirurgia Oral (Ordem dos Médicos Dentistas - 10 anos, 2008). Embora apenas em 2012, passados 13 anos, decorreram as candidaturas para as especialidades de Ortodontia (Diário da República, 2012a), de Cirurgia Oral, de Odontopediatria e de Periodontia (Diário da República, 2012). Muito recentemente, em 2013, aprovaram-se as especialidades de Endodontia e de Prostodontia, pelo Regulamento n.º 220/2013 (Diário da República, 2013) e as de Medicina Dentária Hospitalar e de Saúde Pública Oral, através do Regulamento n.º 221/2013 (Diário da República, 2013a).

A base de intervenção do MD remete-se à oclusão dentária (Balinha, 2014), a qual se considera adequada quando se estabelece uma relação harmoniosa entre o arco maxilar e o arco mandibular, proporcionada pela erupção e oclusão dos dentes de forma adequada com os seus antagonistas (Lima *et alii.*, 2010). Perante uma modificação no alinhamento dos maxilares ou na posição dentária decídua ou permanente, afirma-se que se está na presença de uma má oclusão (Pinto, Gondim e Lima, 2008; López *et alii. cit. in* Boeck *et alii.*, 2013). A Organização Mundial de Saúde considera esta condição como o terceiro problema odontológico de saúde pública, na qual 70% da população infantil exhibe algum grau de desvio da oclusão ideal (Figueiredo *et alii.*, 2007; García-García, Ustrell-Torrent e Sentís-Vitalta, 2011).

Atualmente, em Portugal, existem sete instituições de ensino superior que lecionam o mestrado integrado em Medicina Dentária, são elas a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra, Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

ii. Entidades representadoras dos MD

A comunidade dos MD atualmente é representada por uma das mais recentes Ordens a nível nacional, a *Ordem dos Médicos Dentistas*, concebida pela Lei 110/91, de 29/8, alterada pelas Leis nº 82/98, de 10/12 e 44/2003, de 22/08 (Ordem dos Médicos Dentistas, 2017). Considera-se esta Ordem independente dos órgãos do Estado, livre e autónoma nas suas regras, embora os seus poderes e competências apenas se apliquem ao território nacional, sendo, no entanto, alargadas a associados que exerçam a atividade profissional no estrangeiro (Ordem dos Médicos Dentistas, 2017).

A principal função destes profissionais da área da saúde consiste em zelar pela promoção da Medicina Dentária e da ética e deontologia da profissão, através do seu próprio Código Deontológico (Ordem dos Médicos Dentistas, 2017). Nas suas mais recentes sondagens, em 2016, constavam 9388 associados ativos para exercício da profissão em Portugal (Ordem dos Médicos Dentistas, 2017).

Com menor influência, mas com o seu devido nível de importância, ao longo dos anos foram surgindo associações que abarcam profissionais de Medicina Dentária direcionados para diferentes áreas de interesse, tais como a Associação Portuguesa de Ortodontistas, a Associação de MD Solidários Portugueses, a Young Dentists Portugal, a Sociedade Portuguesa de Odontopediatria, a Sociedade Portuguesa de Ortodontia, a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Oral, a Sociedade Portuguesa de Implantologia Oral, a Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes, a Sociedade Portuguesa de Implantologia Osteointegração e a Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

4. Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária

Os profissionais de saúde encontram-se cada vez mais especializados em regiões pequenas e concretas do corpo humano, o que por um lado sugere especialização e, conseqüentemente, qualidade mas, por outro, requer uma maior interdisciplinaridade entre os profissionais para que o utente seja observado como parte integral (Cerrillo, 2013).

Os primeiros relatos acerca da colaboração entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária, emergiram em 1960, na América, quando os TF se dedicaram à preservação e melhoramento funcional das funções estomatognáticas (Bianchini, 2000 *cit. in* Morgadinho, 2010). No entanto, outras referências (Angle, 1907 *cit. in* Balinha, 2014) asseguram que esta proximidade é notória desde o início do século XX, quando Angle esclareceu que as persistências das más oclusões eram manipuladas pelas funções da língua, dos lábios e das bochechas, as quais são de difícil intervenção e o seu desadequado funcionamento comprometia o sucesso do tratamento (Angle, 1907 *cit. in* Balinha, 2014). Contudo, em Portugal, a informação disponível acerca do trabalho em equipa entre estas duas áreas profissionais ainda é diminuta (Morgadinho, 2010), ao contrário de outros países, onde é bastante notória e estudada (Balinha, 2014).

i. Sistema Estomatognático

O Sistema Estomatognático é extremamente complexo, visto que é independente mas desenvolve funções comuns, submetendo-se, por isso, a interferências estruturais e funcionais que intervêm com funções de elevada vitalidade (Freitas *et alii.*, 2011). Contudo, fatores genéticos, ambientais e/ou funcionais podem interferir no crescimento e no desenvolvimento craniofacial (Felício *et alii.*, 2003).

Este Sistema localiza-se na cavidade oral, definida como a zona que abrange o espaço existente entre os lábios e as bochechas e com localização na parte anterior externa (Ruivo, 2014). Na parte superior, é possível observar o palato duro e o mole, enquanto na parte posterior é possível ver o arco palatal e, na zona inferior, localiza-se a mandíbula e língua (Ruivo, 2014). O Sistema Estomatognático é constituído por determinadas

estruturas, nomeadamente por dentes e periodonto, ligamentos, músculos da mastigação, mucosas, glândulas salivares, vasos, nervos, maxila, mandíbula e articulação temporomandibular (Ruivo, 2014; Cerri, Guarin e Genovese, 2015). O elo de ligação entre as duas profissões encontra-se no interesse que compartilham acerca da saúde e da fisiologia deste Sistema, no qual se incluem precisamente as estruturas supramencionadas (Varandas, Campos e Motta, 2008; Silva, 2013) que, por sua vez, são regidas pelo Sistema Nervoso Central (Varandas, Campos e Motta, 2008).

Compreende-se como funções estomatognáticas a sucção, a deglutição, a mastigação, a respiração e a fonação (Ruivo, 2014; Silva e Canto, 2014) sendo as mesmas coordenadas por estruturas estáticas, do encargo do MD e, de estruturas dinâmicas, vigiadas pelo TF (Silva e Canto, 2014). A **respiração** é uma função vital do ser humano, estreando-se após o nascimento e possibilitando a inalação e exalação do ar, o que permite as trocas gasosas nos pulmões (Almeida, Silva e Serpa, 2009; Bianchini, Guedes e Hitos, 2009; Ruivo, 2014). Quando o ar inspirado trespassa a cavidade nasal é purificado, filtrado, aquecido e humidificado até alcançar os pulmões (Abreu, Morales e Ballo, 2003; Bianchini, Guedes e Hitos, 2009; Paixão, 2012; Rodrigues, 2014) e consente um desenvolvimento e crescimento craniofacial apropriado (Costa, 2012). Por isso, considera-se a respiração nasal a mais adequada (Berwing *et alii.*, 2010; Costa, 2011; Paixão, 2012) uma vez que o indivíduo tende a preservar os lábios encerrados, fazendo com que o ar se transfira para o pulmão através da cavidade nasal (Costa, 2011; Costa, 2012).

A função de **sucção** é um hábito fisiológico que acompanha as crianças desde o seu nascimento até aos dois anos de idade (Ferreira, Befi-Lopes e Limongi, 2004). Numa fase inicial, através deste hábito nutritivo, a criança consegue sobreviver, uma vez que recorre ao mesmo para extrair o leite através do toque dos lábios no mamilo ou em objetos (Ruivo, 2014). Posteriormente, quando a função de sucção já não assegura a alimentação do recém-nascido e passa a ser integrada nos hábitos orais nocivos, tais como a sucção da chupeta, da língua e de outros objetos, designa-se como um hábito de sucção não nutritivo (Ruivo, 2014), que interfere de forma negativa no equilíbrio deste Sistema.

O processo de **mastigação** pressupõe a fragmentação dos alimentos em pequenas partículas, para que os processos de deglutição e digestão sejam viabilizados (Ruivo,

2014). Trata-se, por isso, de um processo complexo onde há a fragmentação e preparação dos alimentos para a deglutição e digestão, o que envolve morder, triturar e mastigar o alimento (Whitaker, Júnior e Genero, 2009; Cattoni, 2014), através de atividades neuromusculares submissas ao complexo craniofacial, ao Sistema nervoso central e à oclusão dentária (Cattoni, 2014). É uma função que se relaciona com a saúde oral, na qual se incluem a saúde da arcada dentária e a disposição adequada dos dentes na mesma (Cardos e Bujes, 2010).

A função de **deglutição** manifesta-se precocemente, isto é, a partir das seis semanas gestacionais (Acosta *et alii.*, 2010). É encarada como uma função biológica, complexa e organizada que se expressa de forma espontânea, na qual o bolo alimentar e a saliva caminham desde a cavidade oral até ao estômago, através de um processo neurológico e de sincronização muscular (Ferreira, Befi-Lopes e Limongi, 2004; Ruivo, 2014). Este processo sofre transformações desde o período neonatal até a criança alcançar características alimentares idênticas às do adulto (Ruivo, 2014). Porém, não é um processo que suceda de forma harmoniosa (Ruivo, 2014), uma vez que implica o adequado funcionamento das estruturas e a sua conjugação com a mastigação (Cardos e Bujes, 2010). Por isso, algumas vezes são observados desajustes fase ao funcionamento normativo da deglutição, ocasionando as disfagias e as deglutições atípicas (Ruivo, 2014).

Durante o processo de **fonação** ou fala, há o envolvimento dos órgãos da respiração (pulmões, traqueia, laringe, faringe, boca e nariz) com os da articulação (lábios, língua, bochechas, palato duro, palato mole, alvéolos, dentes e fossas nasais), os quais fazem parte do Sistema Estomatognático (Marchesan, 2004; Leite *et alii.*, 2008; Berwing *et alii.*, 2010; Costa, 2011). É neste processo que o funcionamento e a coordenação entre estruturas estáticas e dinâmicas ocorre (Hilgenberg e Porto, 2011), de forma a produzir uma fala apropriada (Ruivo, 2014).

Pesquisas sobre o Sistema Estomatognático, enfatizam a relevância da atuação interdisciplinar para diligenciar melhores desfechos na reabilitação (Marques, Friche e Motta, 2010). Assim, sabe-se que a intervenção do TF na área da motricidade orofacial consiste em prevenir, avaliar, diagnosticar, fortalecer, capacitar, aprimorar e reabilitar aspetos estruturais e funcionais da zona orofacial e cervical (Marchesan, 2004 *cit. in*

Morgadinho, 2010; Bervian e Rodrigues, 2010), nas quais se incluem aperfeiçoar aspetos inerentes à função, particularmente a quantidade de alimento, a velocidade de entrada do mesmo, o encerramento labial, a lateralização e a posteriorização do bolo alimentar, a redução da qualidade de líquido deglutida aquando a mastigação e o aumento da variabilidade dos alimentos consumidos (Marchesan e Sanseverino, 2004 *cit. in* Morgadinho, 2010). Em contrapartida, ao Ortodontista compete a correção das alterações morfológicas (Marchesan e Sanseverino, 2004 *cit. in* Morgadinho, 2010).

ii. Pertinência da interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária

Atualmente é indiscutível a pertinência da atuação interdisciplinar, a qual pressupõe que profissionais de saúde com distintas áreas de intervenção se relacionem com a intenção de beneficiar o utente (Varandas, Campos e Motta, 2008). No que concerne à interdisciplinaridade específica entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária, habitualmente os MD têm uma opinião positiva sobre a importância e a intervenção do TF na sua prática clínica (Pedrosa *et alii.*, 2006; Freitas, 2013) mas, nos dias de hoje, ainda não se confirma uma dinâmica enraizada entre TF e Ortodontistas em Portugal (Coutinho e Santos, 2014). Considerando estas duas áreas profissionais como as principais valências responsáveis pela harmonia do Sistema Estomatognático e que as alterações no mesmo podem comprometer as funções estomatognáticas, justifica-se a necessidade da colaboração e de complementaridade de ambas (Freitas, 2013). Apenas desta forma é que o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das patologias se poderá tornar mais eficaz (Silva e Canto, 2014).

As alterações no Sistema Estomatognático, em situações de Odontologia, evidenciam-se através da respiração oral, da interposição lingual aquando da deglutição, da mastigação unilateral e da postura anormal dos músculos orofaciais, podendo resultar em más oclusões (Yamaguchi e Sueishi, 2003). Acrescentam-se os hábitos orais nocivos como motivadores para o aparecimento de más oclusões (Warren *et alii.*, 2001; Lima *et alii.*, 2010; Costa, 2011; Maciel, 2011; Boit, 2012; Paixão, 2012) e geradores de desequilíbrio do Sistema, pois há alguns anos que é enfatizada a pertinência da atuação de uma equipa

interdisciplinar constituída por odontopediatras e TF para os combater (Jorge *et alii.*, 2002, *cit. in* Ramos *et alii.*, 2015).

Um dos responsáveis major por um funcionamento adequado do Sistema Estomatognático, o qual implica a harmonia dos órgãos fonoarticulatórios, das funções estomatognáticas e da musculatura associada, é o TF. Uma vez que uma intervenção Odontológica prima sempre pela combinação da estética, da fonética, das funções de mastigação e deglutição, pelas funções orais e pelo equilíbrio neuromuscular (Hilgenberg e Porto, 2011), as áreas da Odontologia com maior necessidade de intervenção do TF são a Ortodontia, a Odontopediatria e a Periodontia (Freitas, 2013).

a. Ortodontia

A Ortodontia é uma área opcional no exercício da profissão do MD (Morgadinho, 2010), caracterizando-se como sendo um ramo da odontologia que se ocupa em estudar o crescimento das estruturas craniofaciais, o desenvolvimento da oclusão e do tratamento das alterações dentofaciais (Morgadinho, 2010). Centra-se no tratamento ou na correção das estruturas estomatognáticas ósseas e dentárias, quer seja por questões estéticas ou disfuncionais (Cerrillo, 2013).

A relação de proximidade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária emergiu mais evidentemente através desta especialidade (Balinha, 2014). Atualmente, sabe-se que esta colaboração é completamente infalível para retificar os desajustes orofaciais que advêm de más oclusões e de hábitos orais nocivos (Rodrigues *et alii.*, 2005), considerando a crença de que não é possível desagregar a forma da função uma vez que estão estritamente vinculadas (Rodrigues *et alii.*, 2005). Dessa forma, como a função tem competência para modificar as estruturas e o inverso (Morgadinho, 2010), as más oclusões e os distúrbios oromiofuncionais poderem ser origem ou resultado uma da outra (Filho, Bertolini e Lopes, 2006 *cit. in* Bervian e Rodrigues, 2010).

A Organização Mundial de Saúde estimou a má oclusão como o terceiro problema odontológico de saúde pública, no qual cerca de 70% das crianças apresentam algum grau de desvio da oclusão ideal (Figueiredo *et alii.*, 2007; García-García, Ustrell-Torrent e

Sentís-Vitalta, 2011), nomeadamente alterações no alinhamento normal dos maxilares, alterações na posição dentária e na dentição decídua ou permanente (Pinto, Gondim e Lima, 2008; López *et alli. cit. in* Boeck *et alii.*, 2013). Na situação específica de má oclusão devido a **mordida aberta anterior**, existem grandes possibilidades de funções como a deglutição, a mastigação, a articulação e a estética facial estarem modificadas (Outeda, 2016). Nesta situação, a correção deste distúrbio por parte do Ortodontista implica a colocação de aparelhos ortodônticos, fixos ou removíveis, ou uma intervenção cirúrgica (Outeda, 2016). Todavia, estes aparelhos possuem limitações no que se refere à função do Sistema Estomatognático pelo facto de apenas modificarem a distribuição da arcada dentária (Maciel e Leite, 2005; Varandas, Campos e Motta, 2008; Freitas *et alii.*, 2011; Silva e Canto, 2014) e a correção ortodôntica apenas ser considerada finalizada quando a arcada dentária se encontra em harmonia com a musculatura do utente (Bervian e Rodrigues, 2010; Silva, 2013). Isto porque, na presença de uma alteração dentária, causada por uma má oclusão, na qual é aplicado um aparelho ortodôntico com recurso intraoral fixo no palato, as funções estomatognáticas mantêm-se preservadas embora se adaptem às mudanças, ocasionando alterações na mastigação, na deglutição e na fala (Navarro *et alii.*, 2012). Quando uma **deglutição atípica** é gerada, normalmente resulta de uma adaptação da deglutição devido a uma mordida aberta que tendia a diminuir a sua proporção após serem utilizados exercícios miofuncionais com o objetivo de anular a deglutição atípica (Acosta *et alii.*, 2010). Compreende-se, assim, que os exercícios funcionais permitem que a língua retome à sua posição e que o sucesso do tratamento ortodôntico seja promovido, o qual terá maior estabilidade e, conseqüentemente, reduzirá as hipóteses de recidiva (Acosta *et alii.*, 2010).

Nas situações em que a má oclusão decorre de alterações nas funções de deglutição e fala, o tratamento ortodôntico é extremamente útil para corrigir a parte estática, isto é, a arcada dentária. No entanto, após a sua remoção, os dentes tendem a retomar à sua posição inicial (Coll-Florit, 2013) e, por isso, ocorrer uma recidiva ortodôntica. Tal facto pode acontecer devido a uma deglutição que se manteve atípica durante todo o processo (Marchesan e Sanseverino, 2004 *cit. in* Morgadinho, 2010), na qual é observada a interposição lingual durante a deglutição como consequência de uma alteração morfológica pré-existente, nomeadamente uma mordida aberta anterior e não a causa da mesma (Dyck *et alii.*, 2016). Por isso, através da Terapia Miofuncional, realizada pelo TF, é possível retificar o comportamento da língua em crianças com mordida aberta anterior (Dyck *et alii.*, 2016).

Salienta-se que o Ortodontista tem aptidão para, durante a avaliação, identificar quais as alterações que beneficiam da atuação do TF (Safraider, 2016) mas, idealmente a intervenção deve ocorrer em parceria durante todo o processo ortodôntico de forma a precaver as recidivas (Amaral *et alii.*, 2006; Aléssio, Mezzomo e Körbes, 2007; Coll-Florit, 2013; Silva e Canto, 2014; Sousa, 2014; Outeda, 2016; Safraider, 2016). Portanto, compreende-se que durante a intervenção ortodôntica a estrutura muscular (alteração do tónus e mobilidade dos músculos orofaciais) é da inteira responsabilidade do TF (Monteiro, Brescovici e Delgado, 2009), uma vez que este profissional irá promover a reabilitação muscular e funcional (Maciel e Leite, 2005), através de exercícios miofuncionais para reabilitar e estabilizar a musculatura afetada (Safraider, 2016) e as funções alteradas (Freitas *et alii.*, 2011). Estes exercícios incluem-se na Terapia Miofuncional, que surge como um complemento no que concerne à correção e à reeducação para a viabilidade e adequação das funções estomatognáticas dependentes da musculatura (Cerrillo, 2013). Este tipo de terapia ocupa-se da forma/músculos (mio) e da função (funcional) e, portanto, numa primeira fase a intervenção do TF ocupa-se da forma e, posteriormente, pela função (Cerrillo, 2013). A **intervenção na forma** consiste na estimulação da sensibilidade e da motricidade muscular, na qual são trabalhadas as praxias ativas, as massagens passivas e o aumento sensorial da força-pressão, do sabor, do volume, da temperatura, do olfato e da visão como estimulante da musculatura preparatória da função (Cerrillo, 2013). Enquanto a **intervenção na função**, inclui a exercitação das funções (respiração, alimentação, articulação e fonação) mais alteradas para que estas se torem mais conscientes e controladas através de orientações e exercícios concretos para aperfeiçoar a força e a agilidade da musculatura responsável pela função (Cerrillo, 2013).

Relembra-se que embora seja aludida a eficácia da intervenção do TF em situações ortodônticas, a elaboração de um plano de intervenção individual e que atenda às necessidades individuais de cada indivíduo é de elevada importância (Outeda, 2016). Contudo, os objetivos que o TF comumente delinea para as alterações miofuncionais são:

“...melhorar a sensibilidade e a motricidade oral, instaurar um padrão correto de respiração nasal, eliminar os maus hábitos orais, melhorar as funções de alimentação e deglutição, conseguir uma mastigação eficaz com a boca fechada sem contração dos lábios e do queixo, eliminar a interposição lingual entre os incisivos, eliminar o excesso de pressão lingual contra os incisivos

em posição de repouso ou no momento de deglutição, eliminar o excesso e participação da musculatura perioral em todo o processo de deglutição, favorecer o controlo de saliva e eliminar o hábito de sucção com os lábios para engolir em vez de engolir com os movimento de língua.” (Outeda, 2016; p.8)

Resumidamente, aquilo que se pretende ao nível da Ortodontia por parte do TF é a adequação do tónus e da mobilidade dos músculos articulados às funções estomatognáticas, enquanto por parte do Ortodontista, a retificação das alterações dentárias e das desarmonias esqueléticas (Safraider, 2016).

b. Odontopediatria

Em semelhança com a Ortodontia, a especialidade da Odontopediatria também foi uma das primeiras a possibilitar a colaboração interdisciplinar com a Terapia da Fala (Amaral *et alii.*, 2006). Consideram-se os Odontopediatras como uma mais-valia na sinalização de alterações de fala, pelo facto de lidarem com a população infantil na qual comumente são apuradas disfunções miofuncionais orofaciais em elevadas proporções, como é demonstrado no estudo de Baldrighi e Rocha (2005 *cit. in* Baldrighi *et alii.*, 2015), no qual 84% das crianças observadas apresentaram alterações na deglutição, 57% na fala e 41% na respiração oral ou oronasal e no de Verrastro *et alii.* (2009) onde 55,6% possuíam alterações de fala devido à interposição lingual e 70,4% alterações na deglutição. Porém, a prática e o conhecimento que detêm são insuficientes para executar essa sinalização, embora grande parte deseje incluir as alterações de fala nas suas avaliações e de possuir formação para analisar as alterações de fala (Eyndhoven, Chussid e Yoon, 2015).

A conjugação entre estas valências tem início na prevenção, especialmente dos hábitos orais nocivos (Amaral *et alii.*, 2006; Silva e Canto, 2014), salientando-se que nem sempre um hábito oral não fisiológico motiva forçosamente alterações nas estruturas orofaciais pois, o mesmo depende da intensidade, frequência e duração com que é executado (Lima *et alii.*, 2010; Costa, 2012). Porém, nas situações em que detém capacidade para gerar alterações, verificam-se malformações no crescimento e no desenvolvimento craniofacial, na posição dos dentes, na respiração e na fala que decorrem das alterações das forças exercidas pelos mesmos (Almeida, Silva e Serpa, 2009; Johanns *et alii.*, 2011; Boeck *et alii.*, 2013). Desta forma, o papel do TF passa pelo auxílio na reaquisição de

funções normais (Amaral *et alli.*, 2006), pela consciencialização da importância da amamentação no desenvolvimento da sucção e pela terapia da respiração oral (Bacha, 1999 *cit. in* Freitas, 2013). Justifica-se, assim as vantagens da colaboração entre as duas áreas disciplinares para reduzir o impacto das alterações miofuncionais orofaciais e na maximização da qualidade de vida desses utentes (Baldrighi *et alii.*, 2015).

c. Periodontia

É considerada como uma das áreas mais recentes a possibilitar a colaboração entre estes dois profissionais de saúde (Silva, 2013). A mesma dedica-se ao implante e suporte de dentes, sendo crucial a intervenção do TF para corrigir a pressão incorreta que a língua exerce sobre os mesmos, visto que há a possibilidade de haver um comprometimento da saúde periodontal (Campos *et alii.*, 2010; Freitas, 2013; Silva e Canto, 2014). Para que a língua cumpra corretamente as funções acopladas ao Sistema Estomatognático necessita de uma força adequada, juntamente com o posicionamento correto da dentição, visto que a força que a língua exerce nos dentes se contrabalança com a exercida pelos lábios e bochechas (Furlan *et alii.*, 2012). Por vezes, os utentes acompanhados por esta especialidade odontológica desenvolvem alterações na fala pelo facto de não articularem corretamente alguns fonemas (Campos *et alii.*, 2010; Silva, 2013) e também têm maior tendência a respirar oralmente (Bottero, Ansanelli e Motta, 2005; Campos *et alii.*, 2010).

d. Outras áreas da Odontologia

Considera-se a intervenção do MD ampla mas, são igualmente extensas as áreas nas quais o contributo do TF comprova ser uma mais-valia para o sucesso terapêutico do utente. Algumas modificações nas estruturas conectadas ao Sistema Estomatognático podem acarretar comprometimentos na articulação temporomandibular e originar dores, ocasionando **disfunção na articulação temporomandibular** (Cerri, Guarin e Genovese, 2015). Perante esta disfunção, 62,9% dos utentes apresentam algum tipo de alteração nos órgãos fonoarticulatórios (lábios língua e bochechas) e nas funções de deglutição, mastigação, respiração e fala (Pereira e Felício, 2005). Rapidamente se compreende a necessidade de trabalho em equipa que este tipo de disfunção exige (Grilo, 2005 *cit. in* Morgadinho, 2010), uma vez que o TF se encontra habilitado para suspender ou anular

esse problema progressivo, ao intervir na funcionalidade de forma a diligenciar a reorganização muscular e as adaptações funcionais pertinentes (Morgadinho, 2010). Algumas funções do Sistema Estomatognático também podem estar comprometidas em utentes que sofrem **traumatismos faciais**, especialmente nos que experienciaram traumatismos mandibulares, pois alguns sintomas miofuncionais orofaciais podem emergir, tais como dor facial, cervical, cansaço e redução de força ao mastigar, limitação da abertura da boca, limitação e desvios dos movimentos mandibulares e ruído articular. (Silva e Canto, 2014) O mesmo sucede para situações de **deformidades faciais**, nomeadamente para utentes acometidos por síndromes, malformações faciais e fissuras labiopalatinas (Silva, 2013), nas quais se destaca novamente a pertinência da interdisciplinaridade entre o MD e o TF. Uma síndrome que exemplifica alterações nas estruturas do Sistema Estomatognático e na fala, é a Incontinência Pigmentar ou Síndrome de Bloch-Sulzberger (Reis *et alii.*, 2015). No que concerne a alterações estruturais, verifica-se a existência de diastemas não fisiológicos e ainda que 85,7% apresentam alterações no palato duro e 71,4% agenesia dentária (Reis *et alii.*, 2015). No que confere a alterações funcionais, 71,4% revelaram alterações na mobilidade da língua e 57,1% mastigação inadequada e relativamente a alterações de fala, foi atestado que 85,7% apresentaram alterações fonéticas e/ou fonológicas (Reis *et alii.*, 2015). Pressupõe-se que o Ortodontista retifique os desvios do crescimento facial e os distúrbios da oclusão (Silva, 2013), enquanto o TF pode ajudar o indivíduo a colmatar estas dificuldades pelo facto de ser o responsável pelo bom funcionamento miofuncional. Assim, o seu papel passará por restaurar as funções estomatognáticas (fala, sucção, mastigação, deglutição e respiração) e, eventualmente, prestar auxílio às áreas de linguagem, voz e audição (Silva, 2013).

Pelo facto de a **respiração oral** acarretar alterações no padrão de crescimento craniofacial, adaptações miofuncionais e adaptações posturais crânio-cérvico-orofacial, pode ser considerada como um fator etiológico provável para alterações na oclusão, no Sistema Estomatognático e em aspetos cognitivos e psicossociais (Filho, Bertolini e Lopes, 2006). É um tipo de respiração que beneficia de uma equipa de profissionais, na qual se incluem o MD devido às alterações que acometem a morfologia dentofacial e o TF devido a alterações nas funções estomatognáticas, na tonicidade, na postura dos órgãos fonoarticulatórios e na restituição da respiração nasal (Freitas, 2013; Relógio,

2016). Sabe-se, no entanto, que a maioria dos Ortodontistas detém conhecimento acerca da importância da intervenção do TF nos respiradores orais (Bervian e Rodrigues, 2010). Isto provavelmente ocorre porque nos distúrbios respiratórios, do qual é exemplo a respiração oral, há a possibilidade de surgirem alterações a nível funcional (fala, mastigação e deglutição) (Silva *et alii.*, 2007; Machado, Mezzomo e Badaró, 2011), estrutural (atresia do palato duro) (Berwing *et alii.*, 2011), postural (anteriorização dos ombros e extensão da cabeça) (Barros, Becker e Pinto, 2006 *cit. in* Machado, Mezzomo e Badaró, 2011) e comportamental (sono e desempenho) (Carvalho, 2000 *cit. in* Cunha, Silva e Silva, 2011). Assim, é da competência do Ortodontista a atribuição do diagnóstico, pelo facto de a sua área de intervenção recair na prevenção e na correção de modificações no crescimento e desenvolvimento craniofacial, as quais podem influenciar o padrão respiratório (Morgadinho, 2010). Em oposição, o papel do TF neste tipo de respiração centra-se na reeducação da respiração, na qual se combina um trabalho de mioterapia com exercícios de fortalecimento e adaptação da musculatura adulterada pela respiração oral (Santos, Santos e Santos, 2008, *cit. in* Vanz *et alii.*, 2012). Ou seja, há uma carência de reinstaurar a postura labial, lingual e mandibular, de forma a aperfeiçoar o tónus da musculatura orofacial e as funções estomatognáticas, particularmente as de deglutição, mastigação e articulação (Filho, Bertolini e Lopes, 2006). Sem descurar, a aprendizagem por parte do utente para respirar pela cavidade nasal (Filho, Bertolini e Lopes, 2006). Um fator que deverá ter tido em conta ao reabilitar utentes com este distúrbio é que a probabilidade do aparecimento de recidivas aumenta quando a respiração oral não é retificada após o tratamento ortodôntico (Varandas, Campos e Motta, 2008) o que comprova precisamente a necessidade da intervenção do TF em situações destas.

Salienta-se o TF como uma mais-valia quando as próteses e os implantes dentários são colocados, ou seja, na **reabilitação oral**, uma vez que podem ocorrer alguns desarranjos na mastigação e na fala (Felício e Cunha, 2005; Silva e Canto, 2014). A sua atuação estende-se à **cirurgia ortognática**, visto que pode minimizar as recidivas instigadas pela manutenção de padrões funcionais adaptativos, ou seja, promover a aprendizagem de um novo esquema proprioceptivo para que os tecidos moles consigam concretizar corretamente as suas funções (Silva, 2013). Assim, pretende-se que o TF se inclua na equipa interdisciplinar que acompanha o utente sujeito a uma cirurgia ortognática, para que assim consiga avaliar as funções estomatognáticas no pré e pós-operatório (Silva, 2013) e elaborar um plano de intervenção individual.

Embora até ao momento se tenha enfatizado a pertinência da colaboração entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária na população infantil, o seu contributo estende-se à **senescência**, uma vez que o envelhecimento gera alterações em todo o corpo, do qual não se exclui o Sistema Estomatognático (Cardos e Bujes, 2010). Nesta fase da vida, é comum observar-se diminuição da elevação laríngea, penetração laríngea, resíduos alimentares após a deglutição, redução da mobilidade da musculatura faríngea, disfunção da epiglote e do encerramento faríngeo e, ainda, mau funcionamento do esfíncter cricofaríngeo (Kendall, 2004 *cit. in* Cardos e Bujes, 2010). Além disso, as alterações nas estruturas e funções estomatognáticas, anunciam-se através da diminuição do tónus e da força muscular orofacial, o que associado à perda de dentes compromete o controlo do bolo alimentar (Cardos e Bujes, 2010).

Os idosos são uma população que recorre frequentemente à colocação de próteses dentárias mas, nem sempre são divulgadas as dificuldades que alguns sentem em adaptar-se às mesmas (Camargo, Souza e Frigério, 2008) devido a comprometimentos na fala e na alimentação que, por vezes, emergem (Marshesan, 2004). Assim, considera-se que seria uma mais-valia se o MD pudesse incluir na sua avaliação clínica, uma avaliação miofuncional oral, de forma a identificar alterações musculares que possam comprometer a adaptação funcional (Felício e Cunha, 2005). Sendo o TF o profissional da área da saúde que domina as funções e as ações dos músculos orofaciais, integrá-lo nessa avaliação e em todo o processo de adaptação seria útil para promover o equilíbrio das estruturas que compõem o Sistema Estomatognático (Felício e Cunha, 2005), apressar o processo de adaptação à próteses e abreviar o impacto do envelhecimento nas funções estomatognáticas (Cardos e Bujes, 2010; Oliveira, Delgado e Brescovici, 2014). Além disso, sabendo que a saúde oral acarreta consequências na saúde geral e qualidade de vida, a colaboração entre o MD e o TF visa maximizar o bem-estar físico, psíquico e clínico do idoso (Cardos e Bujes, 2010).

iii. Prática profissional entre TF e MD

Ao longo dos anos, os MD têm demonstrado possuir maior conhecimento acerca da intervenção do TF nas diversas especialidades (Mendes, Costa e Nemr, 2005; Varandas, Campos e Motta, 2008; Morgadinho, 2010). Todavia, também há evidência científica que

comprova o oposto, isto é, um desconhecimento por parte de diversas especialidades da Medicina Dentária relativamente às patologias que beneficiam da intervenção do TF, assim como da situação ideal para recorrer ao encaminhamento (Amaral *et alii.*, 2006; Bervian e Rodrigues, 2010; Freitas, 2013). Por isso é que os profissionais que mais encaminhamentos realizam são aqueles que intervêm diretamente e que estabelecem contacto frequente com os TF (Mendes, Costa e Nemr, 2005). Acrescenta-se que ao se estabelecer uma relação de confiança entre ambos, mesmo que esse contacto não ocorra no mesmo espaço físico, a facilidade de comunicação atrai benefícios para o utente (Varandas, Campos e Motta, 2008) e potencia o conhecimento, a disseminação e o esclarecimento acerca das áreas de atuação do TF (Morgadinho, 2010; Coutinho e Soares, 2014). Pela incapacidade de aprofundar todas as áreas nas quais o TF pode contribuir com as suas competências e, assim, maximizar o sucesso da intervenção odontológica, a presente investigação focou-se na área da Ortodontia por ser considerada uma das especialidades que mais necessita de colaboração (Freitas, 2013) e na mesma atuarem os Ortodontistas e os Odontopediatras.

No que concerne à **necessidade** e ao **início da intervenção**, conjectura-se que a mesma seja combinada antes de se iniciar qualquer tratamento (Amaral *et alii.*, 2006). Todavia, atualmente, ainda não é claro se a função modifica a estrutura ou o oposto (Morgadinho, 2010) mas, quando uma interfere com a outra, independentemente da origem, a avaliação do caso por parte dos profissionais e a decisão conjunta irá determinar o que é mais benéfico (Marchesan e Sanseverino, 2004 *cit. in* Morgadinho, 2010). A literatura indica uma variabilidade relativamente aos encaminhamentos de acordo com os diferentes países. Na América, a interação entre o Odontopediatra e o TF é, atualmente, reduzida (Eyndhoven, Chussid e Yoon, 2015) mas, no Brasil, estima-se que cerca de 97,5% dos Odontopediatras já tenham realizado encaminhamentos para avaliação e/ou tratamento da Terapia da Fala (Amaral *et alii.*, 2006). Os **encaminhamentos** do Ortodontista para o TF ocorrem com elevada regularidade (Varandas, Campos e Motta, 2008; Morgadinho, 2010; Vanz *et alii.*, 2012), tal como acontece com os Odontopediatras (Varandas, Campos e Motta, 2008). Os motivos pelos quais, de uma forma geral, os MD recorrem mais frequentemente ao encaminhamento, devem-se a alterações de fala, da postura da língua e da deglutição e menos frequentemente devido à articulação temporomandibular (Morgadinho, 2010).

Todavia, a maior parte desses **encaminhamentos** ocorrem apenas em dois períodos: antes ou após o tratamento ortodôntico (Morgadinho, 2010). A intervenção por parte da Terapia da Fala idealmente deve preceder o tratamento ortodôntico sempre que se evidenciarem alterações de tónus, respiratórias, articulatórias e na postura labial que não sejam decorrentes de alterações morfológicas (Marchesan e Sanseverino, 2004 *cit. in* Morgadinho, 2010). Assim como, nas situações em que o Ortodontista se deparar com hábitos nocivos, uma vez que o TF os pode corrigir de forma emancipada (Marchesan e Sanseverino, 2004 *cit. in* Morgadinho, 2010). E, por isso, relativamente ao processo da **alta**, é recomendado primeiramente a alta da Terapia da Fala para posteriormente esta surgir na Medicina Dentária, uma vez que a estabilização após o tratamento só é possível depois da restituição do equilíbrio muscular (Silva, 2013; Silva e Canto, 2014). Assim, quando o aparelho for colocado, não existiram questões funcionais, nomeadamente o mau posicionamento lingual que condicionem a sua atuação (Bravo, 2011 *cit. in* Aguirre, 2015; Jimenez, 2016).

Contudo, poderá ser necessário aguardar a alta por parte do ortodontista para iniciar o plano terapêutico, pois a forma pode estar alterada ao ponto de condicionar ou impossibilitar a intervenção do TF (Varandas, Campos e Motta, 2008), uma vez que este apenas é capaz de corrigir a articulação do seu utente quando os articuladores se encontram posicionados e se movimentam de forma harmoniosa, o que apenas ocorre quando a estrutura morfológica orofacial está adequada (Rodrigues *et alii.*, 2005). Tal acontecimento é possível através da intervenção ortodôntica (Rodrigues *et alii.*, 2005) e, portanto, seria expectável que o encaminhamento ocorresse quando se ostentarem evoluções no tratamento ortodôntico (Morgadinho, 2010). No entanto, também existem ocasiões, nomeadamente quando se verificam concomitantemente alterações na forma e na função, em que a atuação do TF e do MD deve ocorrer em simultâneo (Morgadinho, 2010).

Essa pertinência não é tão evidente para o Ortodontista ao longo da intervenção ortodôntica e nas situações de recidiva, mas imprescindível no aparecimento de alterações na estrutura e na musculatura (Morgadinho, 2010). Porém, sabe-se que a contribuição do TF através da terapia miofuncional para corrigir hábitos responsáveis por más oclusões de classe III, é eficaz antes, durante e após a intervenção ortodôntica (Aguirre, 2015). Em

suma, verifica-se que as questões inerentes aos encaminhamentos necessitam de amadurecer, pois a relação entre os motivos de encaminhamento e a fase em que o mesmo ocorre não apresenta consistência (Morgadinho, 2010). Este fator é extremamente importante, pois as duas áreas profissionais alcançam resultados positivos quando unem esforços (Bervian e Rodrigues, 2010), o que se comprova quando 75% dos Ortodontistas do estudo de Safraider (2016) relataram observar diferenças nos utentes. É crucial ter em consideração que a intervenção terapêutica não se intromete na intervenção ortodôntica, ela apenas pretende facilitar o processo através do restabelecimento da harmonia facial (Bravo, 2011 *cit. in* Aguirre, 2015; Jimenez, 2016) e, por isso, surge como uma mais-valia terapêutica que os profissionais de saúde podem usufruir para atender o utente (Ascunce, 2012 *cit. in* Aguirre, 2015).

iv. Vantagens/Dificuldades da interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária

A importância que os MD atribuem à intervenção do TF na área da Ortodontia é notável (Varandas, Campos e Motta, 2008; Safraider, 2016) mas, quando analisada a proporção de encaminhamentos que efetuam para esse profissional, é verificado que grande parte o faz mas, regista-se um número significativo de profissionais de Medicina Dentária que não o realiza (34%) (Safraider, 2016). A intervenção realizada pelo TF, não só implica benefícios para o utente como para o próprio Ortodontista e Odontopediatra, uma vez que reduz o tempo de tratamento, o descontentamento por parte do utente o que, consequentemente gera uma maior colaboração com o profissional e reduz as possibilidades de recidivas (Morgadinho, 2010; Jimenez, 2016). Porém, vale a pena lembrar que poderão não ser observadas melhorias em todos os casos, não derivado à falta de pertinência do trabalho em equipa, mas por falta de colaboração do utente, uma vez que a intervenção terapêutica requer a realização de exercícios em casa e o comparecimento nas sessões terapêuticas (Amaral *et alii.*, 2006).

A **partilha do mesmo espaço físico** maximiza a adesão à intervenção do TF por parte do utente, visto que é descrita uma certa resistência dos mesmos (Varandas, Campos e Motta, 2008; Vanz *et alii.*, 2012). Esta resistência pode decorrer de vários fatores, nomeadamente a falta de tempo. Os utentes que melhores condições financeiras apresentam, são os que

mais aderem à intervenção (Varandas, Campos e Motta, 2008). Considera-se que outro fator que certamente influencia esta adesão e que os faz menosprezar a intervenção, arrola-se ao desconhecimento que possuem acerca da atuação do TF (Amaral *et alii.*, 2006; Safraider, 2016). Porém, considera-se importante refletir que frequentemente o Ortodontista também não apresenta conhecimento suficiente para clarificar os motivos e os benefícios da colaboração do TF (Safraider, 2016) e que embora alguns saibam quais as ocasiões ideais para proceder ao encaminhamento, grande parte não sabe explicar o porquê do mesmo (Amaral *et alii.*, 2016). Este desconhecimento não está presente apenas em especialistas em Ortodontia, mas nas diversas especialidades da Medicina Dentária relativamente às patologias que beneficiam da intervenção do TF, assim como o momento ideal para recorrer ao encaminhamento (Amaral *et alii.*, 2006; Bervian e Rodrigues, 2010; Freitas, 2013). De salientar, que este desconhecimento sobre a atuação do TF existe, tanto por parte da comunidade, como dos profissionais de Medicina Dentária (Safraider, 2016). A proximidade física entre o TF e o Ortodontista demonstra ser uma necessidade para maximizar o sucesso da intervenção e a adesão por parte do utente (Cavassani *et alii.*, 2003) sendo, por isso, a inserção de TF nas clínicas de Medicina Dentária indispensável (Safraider, 2016).

É referido pela comunidade dos profissionais de Medicina Dentária a **carência de disseminar a profissão do TF**, especificamente junto de Ortodontistas (Coutinho e Santos, 2014; Safraider, 2016). Contudo, importa salvaguardar que ambos os profissionais devem possuir conhecimento acerca das funções desempenhadas pelo profissional da outra valência, pois só assim é exequível um melhor encaminhamento e supressão de erros (Silva, 2013). Em suma, considera-se uma necessidade o acesso dos Ortodontistas aos serviços de Terapia da Fala para que estejam aptos a adquirir mais conhecimento e para que os Terapeutas também apreendam a relevância da colaboração em conjunto e de forma direta (Safraider, 2016).

Considerando o contexto biopsicossocial dos utentes, é crucial despertar e expandir ao longo do percurso académico as competências essenciais para integrar uma equipa interdisciplinar, para que se formem cada vez mais profissionais competentes, compreensivos e com visão mais alargada relativamente ao processo de saúde-doença (Silva, 2013). Porém, a interdisciplinaridade não é um conceito consolidado no âmbito

académico, pois num estudo realizado por Mancopes *et alii.* (2009), onde se pretendeu avaliar os conhecimentos que professores Mestres em Terapia da Fala tinham acerca da interdisciplinaridade, as definições fornecidas eram vagas ou introdutórias. Isso demonstra que os alunos de Terapia da Fala em causa não estariam a ser capacitados para posteriormente atuarem em equipas multiprofissionais, de forma interdisciplinar (Mancopes *et alii.*, 2009).

III. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Através deste capítulo descreve-se a metodologia usada no estudo, em conformidade com os objetivos instituídos. Esta investigação é de caráter quantitativa e qualitativo, uma vez que se recorreu a questionários que incluíam respostas fechadas e uma aberta. No presente capítulo, será clarificada a caracterização sociodemográfica dos intervenientes no estudo, dos instrumentos concebidos, dos procedimentos realizados e do tratamento/análise dos dados obtidos.

1. Objetivos do estudo

A presente dissertação tem como *objetivo principal* “clarificar a percepção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária” e definiu-se como *objetivos específicos*:

- a. “Averiguar como se estabelece a prática profissional entre TF e MD”;
- b. “Caracterizar as vantagens que os profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária reconhecem na interdisciplinaridade”;
- c. “Descrever as dificuldades que os profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária enfrentam na aplicabilidade da interdisciplinaridade”;
- d. “Aferir a pertinência atribuída pelos profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária a esta interdisciplinaridade”;
- e. “Elencar os aspetos prioritários referidos pelos profissionais para que a articulação entre Terapia da Fala e Medicina Dentária ocorra de um modo mais consistente e eficaz”.

2. Tipo de estudo

A presente investigação condiz com um estudo observacional, descritivo, quantitativo, e qualitativo, em que serão utilizados instrumentos de avaliação (questionários) construídos pela investigadora. Um estudo quantitativo é descrito como um estudo estatístico que procura descrever as características de determinada situação, sendo normalmente a

recolha de dados efetuada através de um questionário. Um estudo qualitativo define-se, segundo Paillé (1996 *cit. in* Fortin, 2009, p.27), “(...) a investigação qualitativa designa qualquer investigação em ciências humanas e sociais tendo por objeto compreender os fenómenos tal como eles se apresentam em meio natural”. Esta investigação enquadra-se num estudo do tipo transversal uma vez que a recolha de dados foi realizada apenas num único momento (Almeida e Freire, 2008).

3. População e amostra

A população alvo desta investigação foram profissionais de saúde das valências de Terapia da Fala e de Medicina Dentária, contudo, pela impossibilidade de aceder a todos os profissionais ativos em Portugal, foram incluídos aqueles que quando abordados pela investigadora decidiram colaboração voluntariamente, tal como refere Fortin (2009).

Estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão de forma a abranger apenas os profissionais que acompanhassem profissionalmente utentes na área da Ortodontia, de forma a filtrar os hipotéticos participantes no estudo. Como *critérios de inclusão* assinalaram-se os formados em Terapia da Fala, os formados em Medicina com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria, os que intervêm em Ortodontia e os que assentiram participar no estudo. Como *critérios de exclusão* apontaram-se os profissionais que não possuíam licenciatura em Terapia da Fala ou Medicina Dentária, os profissionais que não atuavam na sua área de Ortodontia, os que recusaram participar e os que possuíam menos de um ano de experiência profissional.

Assim, a população da presente investigação reportou-se a MD com prática em Ortodontia ou pós-graduados em Ortodontia e/ou Odontopediatria e a TF que atuam na área de motricidade orofacial associada à Ortodontia.

4. Variáveis

Os questionários empregues nesta investigação como instrumentos para a colheita de dados foram elaborados pela investigadora principal em conjunto com a sua orientadora (Mestre Daniela Vieira) e coorientadora (Prof.^a Doutora Conceição Manso), após uma

revisão da literatura sobre a temática em estudo pelo facto de não haverem instrumentos validados e ajustados às necessidades da investigação em causa.

Os instrumentos destinaram-se a TF e MD que acompanhavam profissionalmente utentes na área da Ortodontia, o que resultou em três questionários: Questionário - TF, Questionário - MD e Questionário - MD com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria. Dividiram-se os mesmos em duas partes, uma relativa à descrição socioprofissional e outra direcionada para a percepção da interdisciplinaridade. Contudo, nos questionários direcionados a MD e TF constavam três questões sociodemográficas enquanto no que se destinava a MD com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria essas questões eram quatro. Na secção da percepção da interdisciplinaridade, todos os questionários continham quarenta questões em escala de frequência de Likert com cinco níveis (*nunca* ao *sempre*) e outra questão em formato de resposta aberta.

5. Método de recolha de dados

i. Material

Para que a realização do processo de recolha de dados fosse efetuado com sucesso foi necessário recorrer-se a três questionários: um para TF, um para MD e um para MD com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria disponibilizado em formato digital.

ii. Procedimentos

De forma a iniciar esta dissertação de mestrado elegeram-se artigos catalogados com a temática em questão, para extrair conhecimento acerca de hipotéticos instrumentos e metodologias. Após analisar o estado da arte e a interdisciplinaridade entre ambas as áreas, através de questões expostas em instrumentos adotados em investigações anteriores, elaboraram-se três questionários como instrumentos para a recolha de dados (um para TF, um para MD e um para MD com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria).

A aplicação prática da investigação foi precedida pelo pedido formal à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido obtido parecer positivo para a concretização da mesma (Anexo 1). Relativamente aos instrumentos construídos pela investigadora para o estudo (versão inicial - anexo II), os mesmos foram submetidos a três TF e duas MD com uma vasta experiência na área, que de forma voluntária integraram o painel de peritos. Os questionários foram entregues em formato de tabela (anexo III) elaborada para esse fim de forma a simplificar a análise e o registo. Depois de reunida e analisada a avaliação do painel de peritos, determinou-se necessário proceder a uma adaptação dos mesmos com base nos comentários e alterações sugeridas, elaborando-se assim a versão final do questionário (versão final IV).

Posteriormente, como forma de minimizar eventuais obstáculos que pudessem comprometer a aplicação do questionário e que exigissem a sua revisão, efetuou-se um pré-teste. Ou seja, disponibilizou-se uma versão impressa (pró-forma) a três TF e a duas MD com formação em Ortodontia, pelo facto de se assemelharem à população de eleição da presente investigação (Fortin, 2009), as quais foram excluídas da amostra principal do estudo. Após esta etapa, concluiu-se que o questionário não exigia novas alterações e os mesmos foram transformados em questionários *online*, para divulgação e preenchimento. O inquirido apenas tinha a possibilidade de responder a este estudo após fornecer o seu “assentimento”, através de um clique em “li, compreendi e aceito”. Após essa autorização, era selecionado um questionário de acordo com opção de resposta da categoria profissional do inquirido.

iii. Análise de dados

A fim de introduzir toda a recolha dos dados, foi criada uma base de dados no programa IBM© SPSS© Statistics vs23.0. Todas as comparações estatísticas foram consideradas significativas para um nível de significância de 0,05 (i.e., 95% de confiança).

Para a caracterização sociodemográfica da amostra, a variável qualitativa “Género”, foi descrita por contagens e respetiva percentagem, e optou-se por apresentar o resultado da categoria mais prevalente. As variáveis quantitativas “Ano de Conclusão da Formação”, “Experiência Profissional” e “Idade”, foram descritas através da média e respetivo desvio

padrão (média (DP)), mediana e respetivos percentis 25 e 75 (Me (P25-P75)) porque, na realidade, estas variáveis não seguem distribuições normais (teste de Kolmogorov-Smirnov) pelo que as estatísticas descritivas mais adequadas não são a média e desvio padrão, e, por fim, ainda o mínimo e máximo (mín-máx) detetados. A inclusão de média e desvio padrão deve-se ao facto de poder servir, futuramente, para comparação de resultados de literatura por outros autores.

A análise descritiva de respostas às 40 questões (variáveis quantitativas ordinais com respostas com 5 níveis, escala de Likert (do *nunca* ao *sempre*)) colocadas aos 3 profissionais foram apresentadas em contagem e respetivas percentagens, e a comparação de respostas para os 3 profissionais realizada através do teste não-paramétrico de Qui-quadrado. Uma segunda opção, também não paramétrica, para estes dados qualitativos ordinais foi o cálculo da mediana de resposta e respetivos percentis 25 e 75, e a comparação da mediana através de teste de Kruskal-Wallis, seguido de comparação múltipla à posteriori com correção de Bonferroni, para identificar a(s) categoria(s) profissional(ais) que mostravam diferenças significativas.

Por fim, a análise das respostas abertas múltiplas para aspetos prioritários para que a articulação entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária ocorra de um modo mais consistente e eficaz, foi realizada através da análise de respostas múltiplas, quantificando as respostas e calculando a respetiva percentagem de resposta por tipo de resposta e por número de profissionais que responderam. A análise comparativa das respostas por profissional foi realizada por testes de Qui-quadrado de ajustamento (comparação de respostas para 3 tipologias profissionais/3 grupos independentes) ou por testes Binomiais (comparação de respostas para 2 tipologias profissionais /2 grupos independentes).

IV. RESULTADOS

1. Caracterização da mostra

Dos 250 inquéritos preenchidos por 75 MD, 43 MD com pós-graduação em Ortodontia e/ou odontopediatria, 115 TF, verificou-se que 17 que não se incluíam em nenhuma das opções anteriores. Todavia, dos 250 apenas 129 atuam diretamente com Ortodontia, pelo que a amostra deste estudo passou a ser constituída por 129 profissionais (51,6% dos inquiridos iniciais).

Independentemente da área de formação, a maioria dos elementos deste grupo de estudo pertence ao sexo feminino (percentagem global de 88,4%), com variações de idade entre os 23 e os 61 e com elementos recém-formados, 1 ano de experiência profissional, até aos com longa experiência profissional, isto é, 30 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra pela formação dos profissionais inquiridos.

Variável	Estatística*	MD	MD com Pós-Graduação	TF
	n	13	39	77
Feminino	n (%)	10 (76,9%)	29 (74,4%)	75 (97,4%)
Ano Conclusão Formação	média (DP)		6,9 (5,6)	
	Me (P25-P75)		5 (3-10)	
	mín-máx		1 - 19	
Experiência Profissional	média (DP)	11,8 (11,8)	9,6 (6,5)	6,4 (5,7)
	Me (P25-P75)	4 (1-24)	8 (4-14)	5 (3-8)
	mín-máx	1 - 30	2 - 27	1 - 30
Idade (anos)	média (DP)	36,9 (12,9)	34,2 (7,5)	29,7 (6,9)
	Me (P25-P75)	31 (25-51)	32 (28-39)	27 (25-31,5)
	mín-máx	24 - 57	26 - 51	23 - 61

*n- corresponde a dimensão da amostra/grupo; média(DP) representa a média e o desvio padrão; Me(P25-P75) corresponde a mediana e respetivos percentis 25 e 75 da distribuição, e mín-máx aos valores mínimo e máximo observados.

2. Prática profissional entre TF e MD

Examinando as respostas dos três participantes relativamente às questões que se relacionam com a prática profissional, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em “*O Terapeuta da Fala/Médico Dentista está inserido no(s) meu(s) local(ais) de intervenção*” ($p=0,009$), advindo essas diferenças dos TF e dos MD

generalistas relativamente aos MD com pós-graduação (Tabela 2). Além disso, foram os MD com pós-graduação que expuseram que o TF está inserido com maior frequência (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*) no mesmo contexto físico, enquanto o TF e o MD não apresentam diferenças estatisticamente significativas na mediana de resposta (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*, e Me=1, i.e., *nunca*, respetivamente) (Tabela 2). Pela observação da distribuição de todas opções de resposta, é nas categorias limite (*nunca* e *sempre*) que se detetam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,028$), verificando-se que são os MD (69,2%) que referem significativamente mais vezes do que os MD com pós-graduação (30,8%) que o TF *nunca* está inserido no seu local de intervenção, e em oposto os MD com pós-graduação (20,5%) referem significativamente mais vezes que os MD (0%) que o TF está *sempre* inserido (Tabela 2).

Os encaminhamentos de utentes com o objetivo de **prevenção** ($p=0,044$) e de **avaliação** ($p=0,041$) foram relatados de forma significativamente diferente entre MD generalistas e os TF, diferença mediana que não se revelou significativamente diferente para os MD pós-graduados (Tabela 2). Neste caso, os TF (Mediana=3) referiram encaminhar *algumas vezes* com o objetivo de prevenção e (Mediana=4) *muitas vezes* com o objetivo de avaliação, para os profissionais de Dentária. Pelo contrário, os MD referiram encaminhar para os profissionais de TF (Mediana=3) *algumas vezes*, para ambas as situações. As respostas obtidas na distribuição de opções de resposta para encaminhamentos de utentes com o objetivo de **prevenção** ($p=0,009$) é apenas na categoria limite *nunca*, onde que se deteta diferença significativa com os MD (38,5%) a referirem significativamente que *nunca* encaminham utentes para os TF com o objetivo de prevenção e os TF (3,9%) a referirem também, que *nunca* encaminham utentes para os profissionais de Dentária para prevenção, verificando-se ainda que, nessa categoria de resposta, os MD pós-graduados (10,3%) não apresentam diferenças estatisticamente significativas para os outros dois profissionais. Já para as respostas obtidas na distribuição de opções para encaminhamentos de utentes com o objetivo de **avaliação** ($p=0,021$) é nas categorias *nunca* e *muitas vezes* onde que se deteta diferença significativa. Para a categoria *nunca*, os MD (23,1%) referiram que *nunca* encaminham utentes para os TF com o objetivo de prevenção e os TF (3,9%) referiram que *nunca* encaminham utentes para os profissionais de Dentária para avaliação, verificando-se ainda que, nessa categoria de resposta, os MD pós-graduados (5,1%) não apresentam diferenças estatisticamente significativas para os outros dois profissionais; para a categoria *muitas vezes*, os MD pós graduados (28,2%)

referiram significativamente que *muitas vezes* encaminham utentes para os TF com o objetivo de avaliação e os TF (54,5%) referiram significativamente que *muitas vezes* encaminham utentes para os profissionais de Dentária, verificando-se ainda que, nessa categoria de resposta, os MD (23,1%) não apresentam diferenças estatisticamente significativas para os outros dois profissionais.

No que se refere a “*Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista durante o tratamento ortodôntico*”, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$), particularmente no procedimento entre os TF com ambos os grupos de MD (Tabela 2), com os TF a referirem receber significativamente mais (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*) utentes reencaminhados do que os MD (Mediana=1, i.e., *nunca*) e os MD pós-graduados (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*) referiram receber utentes reencaminhados do TF. As respostas obtidas na distribuição de opções para recebimentos de utentes **durante** o tratamento ortodôntico ($p = 0,005$) é nas categorias *nunca* e *muitas vezes* onde se deteta diferença significativa. Para a categoria *nunca*, os MD (53,8%) e os MD pós-graduados a referirem significativamente mais vezes que *nunca* recebem utentes encaminhados pelos TF durante o tratamento ortodôntico e os TF (16,9%) a referirem significativamente menos vezes que *nunca* recebem utentes encaminhados pelos profissionais de MD nesta situação. Os TF (23,4%) referem significativamente mais vezes que *muitas vezes* recebem utentes encaminhados pelos MD, do que os MD pós-graduados (2,6%) recebem dos TF.

O mesmo sucede quando se analisa o encaminhamento de utentes **após** uma **recidiva** do tratamento ortodôntico, isto é, existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,021$) entre os TF e os MD mas, o comportamento entre os dois grupos de Medicina Dentária não é diferente (Tabela 2). A mediana de encaminhamentos nesta situação entre todos os inquiridos foi de *poucas vezes* (Tabela 2), com os TF a referirem significativamente mais receber utentes reencaminhados do que os MD e os MD pós-graduados referirem receber utentes reencaminhados do TF.

Ainda no que concerne aos encaminhamentos, mas em situações de **alterações funcionais**, detetam-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,013$) (Tabela 2). Contudo, tais diferenças apenas surgem entre os profissionais de Medicina Dentária pós-

graduados em Ortodontia e/ou Odontopediatria com os generalistas e com os TF (Tabela 2), com os MD pós-graduados (Mediana=4, i.e., *muitas vezes*) a referirem significativamente mais encaminhar utentes para TF do que os TF (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*) e os MD (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*) referirem encaminhar utentes. Ou seja, foram os MD pós-graduados que reencaminham utentes com maior frequência (Mediana=4, i.e., *muitas vezes*), comparativamente aos TF (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*) e aos MD (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*) (Tabela 2).

As diferenças estatisticamente significativas também se detetam no acolhimento de casos ortodônticos originários de outras especialidades médicas ($p < 0,001$), sobretudo entre os TF, que recebem *poucas vezes* utentes nessas circunstâncias e os restantes inquiridos, que assinalaram receber *algumas vezes*. Por último, neste capítulo alusivo à prática profissional, foram os MD com pós-graduação e os TF que demonstraram agir de forma diferente relativamente ao enunciado “*O Terapeuta da Fala/Médico Dentista aguarda a minha alta para finalizar a intervenção terapêutica*” ($p = 0,003$). Nas medianas, toda a classe dos MD referiu sentir essa espera por parte do TF *poucas vezes*, ao contrário dos TF que assinalaram *nunca* sentirem essa espera por parte dos MD (Tabela 2).

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Tabela 2 - Comparação da distribuição de respostas a cada questão colocada relativa à prática profissional por profissional inquirido, e comparação da mediana de respostas obtidas (respostas ordinais com: 1=Nunca; 2= Poucas vezes; 3=Algumas vezes; 4=Muitas vezes e 5=Sempre).

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD	MD com Pós-	TF	P*	MD	MD com Pós-	TF	P**	
		13 (100%)	Graduação 39 (100%)	77 (100%)		13 (100%)	Graduação 39 (100%)	77 (100%)		
		n (%)	n (%)	n (%)	Me (P25-P75)		Me (P25-P75)			
Trabalho em colaboração com o Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	3 (23,1%)	3 (7,7%)	8 (10,4%)	0,682	3 (1,5 - 4)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	0,542	
	Poucas vezes	3 (23,1%)	10 (25,6%)	18 (23,4%)						
	Algumas vezes	3 (23,1%)	12 (30,8%)	30 (39%)						
	Muitas vezes	4 (30,8%)	10 (25,6%)	17 (22,1%)						
	Sempre	0 (0%)	4 (10,3%)	4 (5,2%)						
O Terapeuta da Fala/Médico Dentista está inserido no(s) meu(s) local(ais) de intervenção	Nunca	9a (69,2%)	12b (30,8%)	37a,b(48,1%)	0,028	1 b (1 - 3)	3 a (1 - 4)	2 b (1 - 3)	0,009	
	Poucas vezes	0 (0%)	4 (10,3%)	16 (20,8%)						
	Algumas vezes	2 (15,4%)	8 (20,5%)	9 (11,7%)						
	Muitas vezes	2 (15,4%)	7 (17,9%)	11 (14,3%)						
	Sempre	0a,b (0%)	8a (20,5%)	4b (5,2%)						
Recebo casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	4 (30,8%)	11 (28,2%)	10 (13%)	0,471	2 (1 - 3)	2 (1 - 3)	2 (2 - 3)	0,056	
	Poucas vezes	4 (30,8%)	16 (41%)	29 (37,7%)						
	Algumas vezes	3 (23,1%)	8 (20,5%)	20 (26%)						
	Muitas vezes	2 (15,4%)	3 (7,7%)	14 (18,2%)						
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	4 (5,2%)						
Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista com o objetivo de prevenção	Nunca	5a (38,5%)	4a, b (10,3%)	3b (3,9%)	0,009	3 b (1 - 3,5)	3 a,b (2 - 4)	3 a (3 - 4)	0,044	
	Poucas vezes	1 (7,7%)	8 (20,5%)	14 (18,2%)						
	Algumas vezes	4 (30,8%)	15 (38,5%)	23 (29,9%)						
	Muitas vezes	2 (15,4%)	10 (25,6%)	34 (44,2%)						
	Sempre	1 (7,7%)	2 (5,1%)	3 (3,9%)						
Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	3a (23,1%)	2a, b (5,1%)	3b (3,9%)	0,021	3 b (1,5 - 4)	3 a,b (3 - 4)	4 a (3 - 4)	0,041	
	Poucas vezes	3 (23,1%)	6 (15,4%)	7 (9,1%)						
	Algumas vezes	3 (23,1%)	17 (43,6%)	23 (29,9%)						
	Muitas vezes	3a, b (23,1%)	11b (28,2%)	42a (54,5%)						
	Sempre	1 (7,7%)	3 (7,7%)	2 (2,6%)						

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	P*	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	P**
com o objetivo de avaliação									
Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista com o objetivo de intervenção.	Nunca	3 (23,1%)	2 (5,1%)	2 (2,6%)	0,077	3 (1,5 - 4)	3 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,305
	Poucas vezes	2 (15,4%)	5 (12,8%)	9 (11,7%)					
	Algumas vezes	3 (23,1%)	13 (33,3%)	23 (29,9%)					
	Muitas vezes	4 (30,8%)	14 (35,9%)	40 (51,9%)					
	Sempre	1 (7,7%)	5 (12,8%)	3 (3,9%)					
Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista antes da minha intervenção.	Nunca	4 (30,8%)	2 (5,1%)	7 (9,1%)	0,347	3 (1 - 3,5)	3 (2 - 3)	3 (2 - 4)	0,488
	Poucas vezes	2 (15,4%)	9 (23,1%)	18 (23,4%)					
	Algumas vezes	4 (30,8%)	20 (51,3%)	31 (40,3%)					
	Muitas vezes	3 (23,1%)	7 (17,9%)	19 (24,7%)					
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	2 (2,6%)					
Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista durante a minha intervenção	Nunca	4 (30,8%)	2 (5,1%)	3 (3,9%)	0,064	3 (1 - 3)	3 (2 - 4)	3 (3 - 4)	0,116
	Poucas vezes	1 (7,7%)	8 (20,5%)	14 (18,2%)					
	Algumas vezes	6 (46,2%)	17 (43,6%)	31 (40,3%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	11 (28,2%)	26 (33,8%)					
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	3 (3,9%)					
Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista após a minha intervenção	Nunca	3 (23,1%)	5 (12,8%)	9 (11,7%)	0,559	3 (1,5 - 3)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	0,633
	Poucas vezes	2 (15,4%)	11 (28,2%)	28 (36,4%)					
	Algumas vezes	6 (46,2%)	9 (23,1%)	19 (24,7%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	12 (30,8%)	18 (23,4%)					
	Sempre	0 (0%)	2 (5,1%)	3 (3,9%)					
Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	4 (30,8%)	13 (33,3%)	18 (23,4%)	0,902	2 (1 - 3)	2 (1 - 3)	2 (2 - 3)	0,494
	Poucas vezes	4 (30,8%)	15 (38,5%)	31 (40,3%)					
	Algumas vezes	3 (23,1%)	5 (12,8%)	11 (14,3%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	5 (12,8%)	16 (20,8%)					
	Sempre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)					

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD 13 (100%)	MD com Pós-Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	P*	MD 13 (100%)	MD com Pós-Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	P**	
antes de iniciar tratamento ortodôntico	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	1 (1,3%)						
	Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	7a (53,8%)	17a (43,6%)	13b (16,9%)	0,005	1 b (1 - 2,5)	2 b (1 - 2)	3 a (2 - 4)	<0,001
	Poucas vezes	3 (23,1%)	16 (41%)	25 (32,5%)						
	Algumas vezes	2 (15,4%)	5 (12,8%)	18 (23,4%)						
	Muitas vezes	1a,b (7,7%)	1b (2,6%)	18a (23,4%)						
Sempre	0 (0%)	0 (0%)	3 (3,9%)							
durante o tratamento ortodôntico	Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	8 (61,5%)	19 (48,7%)	25 (32,5%)	0,324	1 (1 - 2,5)	2 (1 - 2)	2 (1 - 3)	0,052
	Poucas vezes	2 (15,4%)	14 (35,9%)	26 (33,8%)						
	Algumas vezes	2 (15,4%)	4 (10,3%)	18 (23,4%)						
	Muitas vezes	1 (7,7%)	1 (2,6%)	7 (9,1%)						
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	1 (1,3%)						
após o término do tratamento ortodôntico	Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	5 (38,5%)	17 (43,6%)	22 (28,6%)	0,131	2 b (1 - 2)	2 b (1 - 2)	2 a (1 - 3)	0,021
	Poucas vezes	6 (46,2%)	16 (41%)	21 (27,3%)						
	Algumas vezes	1 (7,7%)	3 (7,7%)	19 (24,7%)						
	Muitas vezes	1 (7,7%)	2 (5,1%)	13 (16,9%)						
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	2 (2,6%)						
após uma recidiva do tratamento ortodôntico	Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	6 (46,2%)	10 (25,6%)	15 (19,5%)	0,389	2 (1 - 3)	2 (1 - 3)	3 (2 - 3,5)	0,050
	Poucas vezes	3 (23,1%)	13 (33,3%)	17 (22,1%)						
	Algumas vezes	3 (23,1%)	9 (23,1%)	26 (33,8%)						
	Muitas vezes	1 (7,7%)	7 (17,9%)	17 (22,1%)						
	Sempre	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,6%)						
devido a alterações oclusais	Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	3 (23,1%)	1 (2,6%)	10 (13%)	0,157	2 b (1,5 - 3,5)	4 a (3 - 4)	3 b (2 - 4)	0,013
	Poucas vezes	4 (30,8%)	7 (17,9%)	14 (18,2%)						
	Algumas vezes	3 (23,1%)	10 (25,6%)	28 (36,4%)						
	Muitas vezes	3 (23,1%)	16 (41%)	21 (27,3%)						
	Sempre	0 (0%)	5 (12,8%)	4 (5,2%)						

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD 13 (100%)	MD com Pós-Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	P*	MD 13 (100%)	MD com Pós-Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	P**
devido a alterações funcionais									
Recebo casos ortodônticos encaminhados de outras especialidades médicas	Nunca	1b (7,7%)	5b (12,8%)	35a (45,5%)	0,001	3 a (2 - 3)	3 a (2 - 4)	2 b (1 - 3)	<0,001
	Poucas vezes	3 (23,1%)	8 (20,5%)	20 (26%)					
	Algumas vezes	7a (53,8%)	14a,b (35,9%)	15b (19,5%)					
	Muitas vezes	2a,b(15,4%)	11a (28,2%)	7b (9,1%)					
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	0 (0%)					
Estabeleço contacto com o Terapeuta da Fala/Médico Dentista relativamente ao caso partilhado	Nunca	3 (23,1%)	1 (2,6%)	8 (10,4%)	0,283	2 (1,5 - 3,5)	3 (2 - 4)	4 (2 - 5)	0,079
	Poucas vezes	5 (38,5%)	12 (30,8%)	17 (22,1%)					
	Algumas vezes	2 (15,4%)	10 (25,6%)	13 (16,9%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	7 (17,9%)	17 (22,1%)					
	Sempre	1 (7,7%)	9 (23,1%)	22 (28,6%)					
Na minha prática profissional, a alta do utente é planeada em conjunto com o Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	5 (38,5%)	9 (23,1%)	23 (29,9%)	0,395	3 (1 - 3,5)	2 (2 - 4)	2 (1 - 4)	0,821
	Poucas vezes	1 (7,7%)	13 (33,3%)	17 (22,1%)					
	Algumas vezes	4 (30,8%)	3 (7,7%)	15 (19,5%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	8 (20,5%)	12 (15,6%)					
	Sempre	1 (7,7%)	6 (15,4%)	10 (13%)					
Aguardo a alta do Terapeuta da Fala/Médico Dentista para finalizar o tratamento ortodôntico	Nunca	4 (30,8%)	8 (20,5%)	26 (33,8%)	0,541	3 (1 - 3)	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	0,189
	Poucas vezes	2 (15,4%)	11 (28,2%)	23 (29,9%)					
	Algumas vezes	5 (38,5%)	10 (25,6%)	16 (20,8%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	5 (12,8%)	7 (9,1%)					
	Sempre	0 (0%)	5 (12,8%)	5 (6,5%)					
O Terapeuta da Fala/Médico Dentista aguarda a minha alta para finalizar a intervenção terapêutica.	Nunca	6a,b(46,2%)	8b (20,5%)	41a (53,2%)	0,007	2 a,b (1 - 3)	2 a (2 - 4)	1 b (1 - 3)	0,003
	Poucas vezes	1 (7,7%)	12 (30,8%)	14 (18,2%)					
	Algumas vezes	4 (30,8%)	9 (23,1%)	16 (20,8%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	6 (15,4%)	6 (7,8%)					
	Sempre	0a, b (0%)	4a (10,3%)	0b (0%)					

^{a,b}- letras diferentes indicam contagens significativamente diferentes por profissional envolvido, de acordo com o *teste de Qui-quadrado; ou medianas significativamente diferentes por profissional envolvido com o **teste de Kruskal-Wallis seguido por comparação múltipla com correção de Bonferroni.

3. Reconhecimento das vantagens relacionadas à interdisciplinaridade entre Terapia da Fala e Medicina Dentária

As questões respeitantes às vantagens da interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária permitem comprovar diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao benefício que o utente retira do trabalho interdisciplinar entre o TF e o MD ($p=0,010$) e aos proveitos que esse trabalho faculta ao êxito de intervenção em cada área profissional ($p=0,007$). Porém, os MD com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria não apresentam diferenças estatisticamente significativas de resposta relativamente aos dois outros profissionais (Tabela 3).

Contudo, pela observação da distribuição de todas as opções de resposta, é nas categorias limite (*nunca* e *sempre*) que se detetam essas diferenças significativas. Foram os TF aqueles que consideraram que o trabalho interdisciplinar implica 77,9% (Mediana=5, i.e., *sempre*) de ganhos para o utente enquanto os MD consideram que esses ganhos ocorrem 46,2% (Mediana=5) *sempre* e 30,8% (Mediana=1) *nunca*. Relativamente aos benefícios que a interdisciplinaridade entre estes dois profissionais proporciona ao sucesso da própria intervenção, as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,007$) são novamente observadas nas categorias limite (*nunca* e *sempre*) e, ainda que os MD com pós-graduação foram os que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas de resposta relativamente aos outros dois profissionais. Desta forma, são os TF (67,5%) aqueles que consideram que o êxito da sua intervenção lucra (Mediana=5) *sempre* com esta colaboração, ao contrário dos MD (23,1%). Em contrapartida, 15,4% dos MD consideram que a colaboração com os TF (Mediana=1) *nunca* influencia o sucesso da sua intervenção (Tabela 3). Salienta-se, que em ambos os enunciados, nenhum dos TF inquiridos considerou que esta colaboração *nunca* acarreta benefícios para o utente nem para o próprio profissional.

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Tabela3 - Comparação da distribuição de respostas a cada questão colocada relativa às vantagens por profissional inquirido, e comparação da mediana de respostas obtidas (respostas ordinais com: 1=Nunca; 2= Poucas vezes; 3=Algumas vezes; 4=Muitas vezes e 5=Sempre).

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p*	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p**
		n (%)	n (%)	n (%)		Me (P25-P75)	Me (P25-P75)	Me (P25-P75)	
O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Médico Dentista beneficia o utente	Nunca	4a (30,8%)	0b (0%)	0b (0%)	<0,001	4 b (1 - 5)	5 a,b (4 - 5)	5 a (5 - 5)	0,010
	Poucas vezes	0 (0%)	1 (2,6%)	2 (2,6%)					
	Algumas vezes	0 (0%)	4 (10,3%)	2 (2,6%)					
	Muitas vezes	3 (23,1%)	9 (23,1%)	13 (16,9%)					
	Sempre	6b (46,2%)	25a,b(64,1%)	60a (77,9%)					
O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Médico Dentista beneficia o sucesso da minha intervenção	Nunca	2a (15,4%)	0b (0%)	0b (0%)	0,001	4 b (2,5 - 4,5)	5 a,b (4 - 5)	5 a (4 - 5)	0,007
	Poucas vezes	1 (7,7%)	2 (5,1%)	2 (2,6%)					
	Algumas vezes	2 (15,4%)	4 (10,3%)	4 (5,2%)					
	Muitas vezes	5 (38,5%)	8 (20,5%)	19 (24,7%)					
	Sempre	3a (23,1%)	25b (64,1%)	52b (67,5%)					
Nas situações em que procedi ao encaminhamento para o Terapeuta da Fala/Médico Dentista observei resultados positivos.	Nunca	3 (23,1%)	3 (7,7%)	2 (2,6%)	0,182	3 (1,5 - 5)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,416
	Poucas vezes	1 (7,7%)	4 (10,3%)	9 (11,7%)					
	Algumas vezes	3 (23,1%)	9 (23,1%)	18 (23,4%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	14 (35,9%)	34 (44,2%)					
	Sempre	4 (30,8%)	9 (23,1%)	14 (18,2%)					

^{a,b} - letras diferentes indicam contagens significativamente diferentes por profissional envolvido, de acordo com o *teste de Qui-quadrado; ou medianas significativamente diferentes por profissional envolvido com o **teste de Kruskal-Wallis seguido por comparação múltipla com correção de Bonferroni.

4. Dificuldades enfrentadas na aplicabilidade da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária

As questões direcionadas para averiguar as dificuldades que os TF e os MD enfrentam na aplicabilidade da interdisciplinaridade, revelaram-se estatisticamente significativas no enunciado “*Sinto resistência por parte do Terapeuta da Fala/Médico Dentista no encaminhamento de utentes para a minha avaliação e/ou intervenção*”. Pela observação da distribuição de todas opções de resposta, é na categoria limite *nunca* que se detetam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,009$), verificando-se que foram os TF (10,4%) aqueles que referiram sentir com maior frequência (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*) resistência por parte da Medicina Dentária em encaminhar utentes para avaliação/intervenção e, em oposição, os pós-graduados em Ortodontia e/ou Odontopediatria (38,5%) referiram significativamente menos vezes que os MD generalistas (61,5%) sentem essa resistência de encaminhamentos por parte dos TF (Tabela 4).

Esse entrave também é sentido nos enunciados “*Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os meus serviços quando encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista*” ($p=0,017$) e “*Sinto resistência por parte dos utentes em consultar serviços de Terapia da Fala/Medicina Dentária quando encaminhados por mim*” ($p=0,004$). Ambos os enunciados apresentaram de forma semelhante o facto de essas diferenças estatisticamente significativas ocorrerem entre os MD pós-graduados e os TF. Contudo, a mediana de respostas foi diferente, ou seja, para o enunciado “*Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os meus serviços quando encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista*”, o sentimento de resistência revelou ser idêntico entre os pós-graduados e os TF (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*), mas superior nos MD generalistas que responderam (Mediana=1) *nunca* sentir. Já no segundo enunciado, “*Sinto resistência por parte dos utentes em consultar serviços de Terapia da Fala/Medicina Dentária quando encaminhados por mim*”, os MD mencionaram sentir essa resistência (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*) mais vezes do que os TF e os MD generalistas (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*).

Ainda nas questões associadas às dificuldades da aplicabilidade da interdisciplinaridade entre TF e MD, observaram-se diferenças estatisticamente significativas para o enunciado “*Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à intervenção do Terapeuta da Fala/Médico Dentista, deveram-se a não considerarem importante.*”, particularmente na categoria intermédia *algumas vezes* e no limite *sempre*, ($p=0,002$). Observou-se novamente que o comportamento diferia entre os TF e os MD pós-graduados, o qual não era diferente quando comparados com os MD generalistas (Tabela 4). Contudo, são os TF aqueles que menos sentem essa resistência por parte dos seus utentes (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*) quando comparados com ambas as classes de MD (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*).

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Tabela 4 – Comparação da distribuição de respostas a cada questão colocada relativa às dificuldades por profissional inquirido, e comparação da mediana de respostas obtidas (respostas ordinais com: 1=Nunca; 2= Poucas vezes; 3=Algumas vezes; 4=Muitas vezes e 5=Sempre).

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD	MD com Pós-Graduação	TF	p*	MD	MD com Pós-Graduação	TF	p**
		13 (100%)	39 (100%)	77 (100%)		13 (100%)	39 (100%)	77 (100%)	
		n (%)	n (%)	n (%)	Me (P25-P75)		Me (P25-P75)	Me (P25-P75)	
Sinto resistência por parte do Terapeuta da Fala/Médico Dentista no encaminhamento de utentes para a minha avaliação e/ou intervenção	Nunca	8a (61,5%)	15a (38,5%)	8b (10,4%)	0,002	1b (1 - 2)	2 a,b (1 - 4)	3 a (2 - 4)	0,009
	Poucas vezes	3 (23,1%)	8 (20,5%)	22 (28,6%)					
	Algumas vezes	0 (0%)	6 (15,4%)	16 (20,8%)					
	Muitas vezes	1 (7,7%)	8 (20,5%)	26 (33,8%)					
	Sempre	1 (7,7%)	2 (5,1%)	5 (6,5%)					
Sinto resistência por parte dos Terapeuta da Fala/Médico Dentista no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	7 (53,8%)	10 (25,6%)	23 (29,9%)	0,197	1 (1 - 3)	2 (1 - 3)	2 (1 - 3)	,514
	Poucas vezes	0 (0%)	14 (35,9%)	30 (39%)					
	Algumas vezes	5 (38,5%)	10 (25,6%)	18 (23,4%)					
	Muitas vezes	1 (7,7%)	4 (10,3%)	6 (7,8%)					
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	0 (0%)					
Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os meus serviços quando encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista	Nunca	7 (53,8%)	11 (28,2%)	15 (19,5%)	0,092	1 a,b (1 - 2,5)	2 b (1 - 3)	2 a (2 - 3)	0,017
	Poucas vezes	3 (23,1%)	17 (43,6%)	24 (31,2%)					
	Algumas vezes	3 (23,1%)	10 (25,6%)	26 (33,8%)					
	Muitas vezes	0 (0%)	1 (2,6%)	11 (14,3%)					
	Sempre	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,3%)					
Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os serviços de Terapia da Fala/Medicina Dentária quando encaminhados por mim	Nunca	5a (38,5%)	4a (10,3%)	16a (20,8%)	0,249	2 a,b (1 - 3)	3 a (2 - 4)	2 b (2 - 3)	0,004
	Poucas vezes	3a (23,1%)	10a (25,6%)	34a (44,2%)					
	Algumas vezes	4a (30,8%)	15a (38,5%)	21a (27,3%)					
	Muitas vezes	1a, b (7,7%)	10b (25,6%)	6a (7,8%)					
	Sempre	(0%)	(0%)	(0%)					
Os casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção terapêutica, deveram-se à falta de tempo.	Nunca	8 (61,5%)	16 (41%)	28 (36,4%)	0,089	1 (1 - 2)	2 (1 - 2)	2 (1 - 2)	0,199
	Poucas vezes	3 (23,1%)	19 (48,7%)	31 (40,3%)					
	Algumas vezes	1 (7,7%)	4 (10,3%)	13 (16,9%)					
	Muitas vezes	1 (7,7%)	0 (0%)	5 (6,5%)					
	Sempre	(0%)	(0%)	(0%)					

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD 13 (100%)	MD com Pós-Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p*	MD 13 (100%)	MD com Pós-Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p**
Os casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção terapêutica, deveram-se a situações financeiras	Nunca	3 (23,1%)	2 (5,1%)	9 (11,7%)	0,119	3 (1,5 - 4)	3 (2 - 4)	2 (2 - 3)	0,077
	Poucas vezes	1 (7,7%)	11 (28,2%)	31 (40,3%)					
	Algumas vezes	5 (38,5%)	11 (28,2%)	20 (26%)					
	Muitas vezes	4 (30,8%)	14 (35,9%)	13 (16,9%)					
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	4 (5,2%)					
Os casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção terapêutica, deveram-se a não considerarem importante.	Nunca	5 (38,5%)	8 (20,5%)	19 (24,7%)	0,176	2 (1 - 3)	2 (2 - 3)	2 (1,5 - 3)	0,425
	Poucas vezes	3 (23,1%)	17 (43,6%)	25 (32,5%)					
	Algumas vezes	5 (38,5%)	11 (28,2%)	16 (20,8%)					
	Muitas vezes	0 (0%)	2 (5,1%)	16 (20,8%)					
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	1 (1,3%)					
Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à intervenção do Terapeuta da Fala/Médico Dentista, deveram-se à falta de tempo.	Nunca	6 (46,2%)	11 (28,2%)	34 (44,2%)	0,145	2 (1 - 3)	2 (1 - 2)	2 (1 - 2)	0,123
	Poucas vezes	3 (23,1%)	19 (48,7%)	34 (44,2%)					
	Algumas vezes	4 (30,8%)	5 (12,8%)	7 (9,1%)					
	Muitas vezes	0 (0%)	3 (7,7%)	2 (2,6%)					
	Sempre	0 (0%)	1 (2,6%)	0 (0%)					
Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à intervenção do Terapeuta da Fala/Médico Dentista, deveram-se a situações financeiras.	Nunca	4 (30,8%)	3 (7,7%)	11 (14,3%)	0,316	3 (1 - 3)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	0,284
	Poucas vezes	2 (15,4%)	10 (25,6%)	22 (28,6%)					
	Algumas vezes	5 (38,5%)	8 (20,5%)	15 (19,5%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	16 (41%)	24 (31,2%)					
	Sempre	0 (0%)	2 (5,1%)	5 (6,5%)					
Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à	Nunca	4 (30,8%)	4 (10,3%)	21 (27,3%)	0,002	3 a, b (1 - 3)	3 a (2 - 4)	2 b (1 - 3)	0,002
	Poucas vezes	1 (7,7%)	11 (28,2%)	32 (41,6%)					
	Algumas vezes	7a (53,8%)	11a, b (28,2%)	16b (20,8%)					

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p*	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p**
intervenção do Terapeuta da Fala/Médico Dentista, deveram-se a não considerarem importante	Muitas vezes	1 (7,7%)	10 (25,6%)	8 (10,4%)					
	Sempre	0a, b (0%)	3b (7,7%)	0a (0%)					
Considero que se trabalhasse no mesmo espaço físico que o Terapeuta da Fala/Médico Dentista, a adesão do utente à intervenção da Medicina Dentária aumentaria.	Nunca	3 (23,1%)	3 (7,7%)	3 (3,9%)	0,189	4 (1,5 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 5)	0,449
	Poucas vezes	1 (7,7%)	5 (12,8%)	10 (13%)					
	Algumas vezes	1 (7,7%)	9 (23,1%)	11 (14,3%)					
	Muitas vezes	6 (46,2%)	13 (33,3%)	25 (32,5%)					
	Sempre	2 (15,4%)	9 (23,1%)	28 (36,4%)					
Considero que se trabalhasse no mesmo espaço físico que o Terapeuta da Fala/Médico Dentista, a adesão do utente à minha intervenção aumentaria	Nunca	3a (23,1%)	4a, b (10,3%)	2b (2,6%)	0,091	4 (1,5 - 4)	4 (2 - 4)	4 (3 - 5)	0,199
	Poucas vezes	1 (7,7%)	7 (17,9%)	12 (15,6%)					
	Algumas vezes	2 (15,4%)	8 (20,5%)	11 (14,3%)					
	Muitas vezes	6 (46,2%)	12 (30,8%)	25 (32,5%)					
	Sempre	1 (7,7%)	8 (20,5%)	27 (35,1%)					

^{a,b}- letras diferentes indicam contagens significativamente diferentes por profissional envolvido, de acordo com o *teste de Qui-quadrado; ou medianas significativamente diferentes por profissional envolvido com o **teste de Kruskal-Wallis seguido por comparação múltipla com correção de Bonferroni.

5. Pertinência atribuída pelos profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária a esta interdisciplinaridade

Nas questões pertencentes à **pertinência** atribuída pelos profissionais de ambas as áreas de intervenção a esta interdisciplinaridade, foi possível apurar que para o enunciado “*A interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária é pertinente*” emergiram diferenças estatisticamente significativas entre os TF e os MD generalistas ($p=0,005$), em oposição aos MD pós-graduados que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas de resposta relativamente aos dois outros profissionais (Tabela 5). Contudo, todos os inquiridos consideraram que a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária é (Mediana=5) *sempre* pertinente. Nesse enunciado, observou-se que foram os TF (80,5%) aqueles que mais consideram esta colaboração indiscutível, seguindo-se ambos os grupos de MD (53,8%).

Já a pertinência da intervenção do TF **durante o tratamento ortodôntico**, pela observação da distribuição de todas opções de resposta, é na categoria limite *nunca* que se detetam diferenças significativas, ($p=0,043$). Desta forma, é possível concluir que foram os MD generalistas (15,4%) os únicos que consideraram a intervenção do TF durante o tratamento ortodôntico desnecessária. Em oposição, **após o tratamento de Terapia da Fala/Ortodôntico**, pela observação da distribuição de todas as opções de resposta, foi nas categorias *nunca* e *poucas vezes* que surgiram diferenças significativas, ($p=0,005$). Assim, percebeu-se que quando questionado aos MD se consideravam a sua intervenção necessária após a intervenção do TF, 15,4% respondeu que (Mediana=1) *nunca* o é, enquanto apenas 1,3% dos TF consideraram a sua intervenção desnecessária (Mediana=1, i.e., *nunca*) após o tratamento ortodôntico. Em oposição, nenhum dos MD pós-graduados inquiridos considerou a sua intervenção desnecessária após a intervenção do TF, pelo contrário, 10,3% consideraram que *poucas vezes* (Mediana=2) a sua colaboração é desnecessária nessas situações.

Perante o enunciado “*Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência de intervenção do Terapeuta da Fala no tratamento*”, pela distribuição das opções de resposta de todos os inquiridos, verificou-se que é na categoria limite *sempre* que se observavam diferenças estatisticamente significativas, ($p=0,009$) e,

ainda que os MD generalistas não apresentavam diferenças estatisticamente significativas de resposta relativamente aos outros dois profissionais (Tabela 5). É ainda possível comprovar que foram os TF (23,4%) aqueles que mais consideraram a sua ausência como um preditor de situações de recidiva ortodôntica, seguindo-se os MD (7,7%) e os MD pós-graduados (5,1%) (Tabela 5).

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Tabela 5 - Comparação da distribuição de respostas a cada questão colocada relativa à pertinência por profissional inquirido, e comparação da mediana de respostas obtidas (respostas ordinais com escala: 1=Nunca; 2= Poucas vezes; 3=Algumas vezes; 4=Muitas vezes e 5=Sempre).

Questão colocada ao MD / TF	Categoria de resposta	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p*	MD 13 (100%)	MD com Pós- Graduação 39 (100%)	TF 77 (100%)	p**
A interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária é pertinente.	Nunca	2a (15,4%)	0b (0%)	0b (0%)	<0,001	5 b (3,5 - 5)	5 a,b (4 - 5)	5 a (5 - 5)	0,005
	Poucas vezes	0 (0%)	2 (5,1%)	1 (1,3%)					
	Algumas vezes	1a,b (7,7%)	5b (12,8%)	1a (1,3%)					
	Muitas vezes	3 (23,1%)	11 (28,2%)	13 (16,9%)					
	Sempre	7a,b (53,8%)	21b (53,8%)	62a (80,5%)					
A intervenção preventiva do Terapeuta da Fala no âmbito da Medicina Dentária é pertinente.	Nunca	2 (15,4%)	1 (2,6%)	0 (0%)	0,079	5 (3,5 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	0,206
	Poucas vezes	0 (0%)	2 (5,1%)	2 (2,6%)					
	Algumas vezes	1 (7,7%)	5 (12,8%)	6 (7,8%)					
	Muitas vezes	3 (23,1%)	11 (28,2%)	19 (24,7%)					
	Sempre	7 (53,8%)	20 (51,3%)	50 (64,9%)					
A intervenção do Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico é pertinente.	Nunca	2a (15,4%)	0b (0%)	0b (0%)	0,002	4 a,b (3 - 5)	4 b (3 - 5)	5 a (4 - 5)	0,043
	Poucas vezes	0 (0%)	3 (7,7%)	2 (2,6%)					
	Algumas vezes	2 (15,4%)	8 (20,5%)	7 (9,1%)					
	Muitas vezes	4 (30,8%)	11 (28,2%)	25 (32,5%)					
	Sempre	5 (38,5%)	17 (43,6%)	43 (55,8%)					
A minha intervenção após o tratamento da Terapia da Fala /ortodôntico é pertinente.	Nunca	2a (15,4%)	0b (0%)	1b (1,3%)	0,001	4 a,b (3 - 5)	4 b (3 - 5)	5 a (4 - 5)	0,005
	Poucas vezes	0a, b (0%)	4b (10,3%)	0a (0%)					
	Algumas vezes	3 (23,1%)	10 (25,6%)	9 (11,7%)					
	Muitas vezes	4 (30,8%)	13 (33,3%)	27 (35,1%)					
	Sempre	4 (30,8%)	12 (30,8%)	40 (51,9%)					
Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência de intervenção do Terapeuta da Fala no tratamento.	Nunca	3 (23,1%)	4 (10,3%)	5 (6,5%)	0,047	3 a,b (1,5 - 3,5)	3 b (2 - 4)	4 a (3 - 4)	0,009
	Poucas vezes	1 (7,7%)	7 (17,9%)	8 (10,4%)					
	Algumas vezes	6 (46,2%)	15 (38,5%)	18 (23,4%)					
	Muitas vezes	2 (15,4%)	11 (28,2%)	28 (36,4%)					
	Sempre	1a, b (7,7%)	2b (5,1%)	18a (23,4%)					

^{a,b} - letras diferentes indicam contagens significativamente diferentes por profissional envolvido, de acordo com o *teste de Qui-quadrado; ou medianas significativamente diferentes por profissional envolvido com o **teste de Kruskal-Wallis seguido por comparação múltipla com correção de Bonferroni.

6. Aspetos prioritários para que a articulação entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária ocorra de um modo mais consistente e eficaz

Na última questão, os inquiridos depararam-se com o enunciado “*Qual(ais) o(s) aspeto(s) que considera prioritários alterar para que a articulação entre estes profissionais possa ocorrer de um modo mais consistente e eficaz?*” ao qual poderiam responder livremente. Após analisadas as 135 respostas obtidas dos 120 profissionais, foi possível agrupá-las em sete categorias: comunicação entre profissionais, partilha do mesmo espaço físico, divulgação da atuação do TF, formação complementar e/ou de base, divulgação da interdisciplinaridade para os profissionais e para a comunidade, colaboração do utente e interdisciplinaridade como critério obrigatório para intervenção. Assim, dos apenas 120 respondentes (e suas 135 respostas), foi possível observar que a “Divulgação da interdisciplinaridade para profissionais e comunidade” é o aspeto que os inquiridos mais consideraram prioritário de alterar para que esta interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária se possa enraizar (Tabela 6).

Tabela 6 - Contagem de cada conceito/resposta fornecido pelos 135 respondentes à mesma

Respostas	Respostas		Percentagem de respostas por número de Profissionais
	N	Percentagem	
Comunicação entre profissionais	29	21,5%	28,4%
Interdisciplinaridade como critério para intervenção	4	3,0%	3,9%
Divulgação da interdisciplinaridade para profissionais e comunidade	35	25,9%	34,3%
Divulgação da Terapia da Fala	22	16,3%	21,6%
Formação complementar e/ou de base	19	14,1%	18,6%
Partilha do mesmo espaço físico	24	17,8%	23,5%
Colaboração do utente	2	1,5%	2,0%
Total	135	100,00%	132,4%

Quando analisadas as respostas por grupo profissional, é observável que para os MD generalistas e para os TF o aspeto mais importante foi a “Divulgação da interdisciplinaridade para profissionais e comunidade”, enquanto que para os MD com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria foi a “Comunicação entre profissionais”, como se verifica na Tabela 7.

Não se detetaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), por profissional, no(s) aspeto(s) que estes referiram considerar prioritários alterar para que a articulação entre profissionais pudesse ocorrer de um modo mais consistente e eficaz (Tabela 7).

Tabela 7 - Contagem de cada conceito/resposta pelos diferentes grupos de profissionais.

Respostas	MD	MD com Pós-Graduação	TF	p
Comunicação entre profissionais	5 (29,4%)	13 (27,7%)	11 (15,5%)	0,318*
Interdisciplinaridade como critério para intervenção	0 (0%)	3 (6,4%)	1 (1,4%)	0,625**
Divulgação da interdisciplinaridade em profissionais e na comunidade	6 (35,3%)	8 (17%)	21 (29,6%)	0,174*
Divulgação da Terapia da Fala	2 (11,8%)	4 (8,5%)	16 (22,5%)	0,196*
Formação complementar e/ou base	0 (0%)	7 (14,9%)	12 (16,9%)	0,999**
Partilha do mesmo espaço físico	4 (23,5%)	10 (21,3%)	10 (14,1%)	0,459*
Colaboração do utente	0 (0%)	2 (4,3%)	0 (0%)	n.a.
Total	17	47	71	

*teste de qui-quadrado; ** teste Binomial; n.a.- não aplicável.

V. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados pretende dar resposta aos objetivos delineados para este estudo. De acordo com a revisão da literatura e atendendo aos resultados obtidos, foi possível contextualizar o tema deste trabalho, intersetando os resultados adquiridos nesta investigação com a informação existente acerca desta temática. Porém, importa salientar que os resultados da presente investigação se remetem exclusivamente à opinião, à experiência pessoal/profissional e às respostas dos participantes do estudo, uma vez que alastrar a todos os profissionais destas áreas de saúde seria inacessível e uma tarefa extremamente árdua. Aponta-se, desde já, como limitação do estudo, o facto de o mesmo não se alastrar à perceção dos utentes dos participantes (MD e TF).

1. Prática profissional entre TF e MD

No que diz respeito à *prática profissional*, todos os inquiridos mencionaram que o trabalho em equipa com o profissional da outra valência ocorre apenas *algumas vezes*, o que permite comprovar que, em Portugal, este tipo de abordagem ainda não está enraizada o que corrobora com as investigações de Freitas (2013) e Balinha (2014). Na presença do enunciado “*O Terapeuta da Fala/Médico Dentista está inserido no(s) meu(s) local(ais) de intervenção*” as respostas dos participantes foram significativamente diferentes ($p=0,009$), sendo que foram os MD com pós-graduação aqueles que mais privam com maior frequência (*algumas vezes*) no **mesmo contexto físico** com o TF, em oposição aos MD que *nunca* trabalham (Tabela 2). Poderá pensar-se que os MD com formação em Ortodontia/odontopediatria estejam mais sensibilizados e por isso intervirem no mesmo espaço físico que o TF. A presente investigação confirma os resultados do estudo de Varandas, Campos e Motta (2008) pelo facto de em ambos haver um elevado número de MD que não trabalha no mesmo contexto que o TF. Desta forma, percebe-se rapidamente que embora todos os inquiridos deste estudo considerem pertinente a colaboração entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária, a partilha do mesmo espaço físico é ainda pouco frequente. Assim, justifica-se o facto de 23,5% dos inquiridos na presente investigação considerarem a partilha do mesmo espaço físico algo interessante para que esta interdisciplinaridade seja efetivada, em semelhança com o estudo de Varandas, Campos e Motta (2008) em que cerca de 73,3 a 100% acreditam que essa

proximidade influenciaria o aumento da adesão por parte dos utentes à intervenção do TF. Para além disso, promove o sucesso da intervenção (Cavassani *et alii.*, 2003). O estudo de Mendes, Costa e Nembr (2005) reforça a importância de um contexto de trabalho partilhado, que favorecerá o aumento dos encaminhamentos. Relativamente aos **encaminhamentos** e independentemente do objetivo e do momento dos mesmos, estes foram realizados *algumas vezes* pelos vários profissionais, o que está de acordo com as investigações de Varandas, Campos e Motta (2008), Morgadinho (2010) e Vanz *et alii.* (2012) nas quais se observa que os encaminhamentos do MD com pós-graduação para o TF ocorrem com regularidade.

No presente estudo apesar de os MD pós-graduados serem o grupo profissional com maior contacto físico com os TF, isso não se refletiu no número de encaminhamentos realizados por ambos os profissionais, tal como seria esperado de acordo com Mendes, Costa e Nembr (2005). Quando o encaminhamento surge com o intuito de **avaliação/intervenção** (Mediana=4, i.e., *muitas vezes*) são os TF aqueles que mais o fazem comparativamente com ambos os grupos de MD. O estudo de Amaral *et alii.* (2006) refuta este achado uma vez que as percentagens de encaminhamento de Ortodontistas e Odontopediatras foi inferior a 10%. Assim, verificou-se que após 12 anos os encaminhamentos já ocorrem mais frequentemente e, por isso, que o caminho da interdisciplinaridade entre a MD e a TF está a progredir. Relativamente ao encaminhamento com o objetivo de **prevenção**, os MD generalistas maioritariamente *nunca* encaminham para TF em oposição aos TF que raramente não o fazem, ou seja, os TF encaminham mais frequentemente do que os MD com o objetivo de prevenção.

No que concerne ao momento de encaminhamento, neste estudo foi possível observar que não existe um momento que se destaque dos restantes, isto porque todos referiram encaminhar *algumas vezes* para a valência oposta quer seja antes, durante ou após a intervenção, no entanto sem se observarem diferenças estatisticamente significativas, o que está de acordo com Varandas, Campos e Motta (2008). Porém, estudos como o de Varandas, Campos e Motta (2008), Morgadinho (2010) e Balinha (2014) contradizem este, pelo facto de terem obtido uma elevada percentagem de encaminhamentos antes e após o tratamento/avaliação. A variabilidade encontrada no momento em que os profissionais procedem ao encaminhamento, poderá associar-se ao desconhecimento

destes face às patologias que beneficiam da intervenção do TF, assim como do momento ideal para o fazer (Amaral *et alii.*, 2006; Bervian e Rodrigues, 2010; Freitas, 2013). Para uma maior eficácia na reabilitação destes utentes, o encaminhamento deveria ocorrer antes do início do tratamento ortodôntico, para além de se promover a discussão dos casos e diminuir as intervenções tardias (Varandas, Campos e Motta, 2008).

Relativamente à análise dos enunciados acerca do **acolhimento** dos utentes, apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas no encaminhamento **durante** e após uma **recidiva do tratamento ortodôntico**. Quando analisado durante o tratamento ortodôntico, verificou-se que são os TF aqueles que mais recebem (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*) utentes por parte do MD. Tais achados, mostram uma evolução positiva rumo à interdisciplinaridade. No que respeita ao acolhimento após uma recidiva, todos os inquiridos neste estudo recebem utentes na mesma frequência, ou seja, (Mediana=2) *poucas vezes*. Poderá depreender-se que o aumento do encaminhamento está a ser realizado de uma forma cada vez mais precoce, diminuindo-se assim o tempo de tratamento ortodôntico e obtendo-se um melhor resultado funcional e estético para o utente. A literatura contraria estes resultados uma vez que a mesma recomenda a intervenção por parte do TF antes do tratamento ortodôntico, quando forem evidenciadas alterações funcionais decorrentes de alterações morfológicas (Marchesan e Sanseverino, 2004 *cit. in* Morgadinho, 2010), e sugere a intervenção do TF após o tratamento, para corrigir a articulação do utente e, se for necessário, ajustar a estrutura morfológica orofacial (Rodrigues *et alii.*, 2005; Morgadinho, 2010).

No que se refere aos **encaminhamentos** para o TF/MD devido a **alterações funcionais** ($p=0,013$), foi possível verificar que os MD pós-graduados o fazem mais vezes (Mediana=4, i.e., *muitas vezes*), o que corrobora com a investigação de Amaral *et alii.* (2006). Em oposição verificou-se que os MD generalistas procedem ao encaminhamento nestas situações apenas *algumas vezes* (Mediana=2), o que não está de acordo com as sugestões de Morgadinho (2010), pelo facto de acreditar que a colaboração entre as duas áreas profissionais é imprescindível no aparecimento de alterações na estrutura e na musculatura.

Para a questão “*O Terapeuta da Fala/Médico Dentista aguarda a minha alta para finalizar a intervenção terapêutica*” os TF referiram que *nunca* (Mediana=1) sentem essa espera por parte dos MD, ao passo que os MD sentem que o TF espera *poucas vezes* (Mediana=2). Estes resultados contrariam as recomendações da literatura (Araújo *et alii.*, 2000, *cit. in* Varandas, Campos e Motta, 2008; Amaral *et alii.*, 2006; Silva e Canto, 2014) nas quais consta que a alta ortodôntica deve ser dada após a alta da Terapia da Fala, pelo facto de a estabilização após o tratamento só ser possível depois da restituição do equilíbrio muscular. Desta forma, existe a necessidade de desenvolver ferramentas e procedimentos que promovam o planeamento de uma alta em conjunto.

2. Vantagens que os profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária reconhecem na interdisciplinaridade

Nas questões relativas às vantagens da interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária registaram-se a presença de diferenças significativas nos proveitos para o utente ($p=0,010$) e para o êxito de intervenção em cada área profissional ($p=0,007$), ou seja, os MD responderam de forma similar aos TF, isto é, (Mediana=5) *sempre*. Varandas, Campos e Motta (2008) corroboram estes dados reforçando a importância da partilha entre os profissionais e da facilidade de comunicação que irá beneficiar tanto o utente como os próprios profissionais. Desta forma, mostra-se fundamental a realização de uma intervenção baseada numa prática interdisciplinar.

As respostas poderão ter sido motivadas pelo facto de os MD pós-graduados deterem formação mais especializada acerca dos comprometimentos que as alterações na estrutura ocasionam na harmonia da função. Assim, julga-se que poderão ter sido sensibilizados nas suas formações para a colaboração e integração do TF na intervenção ortodôntica, como benefício para o utente e para o próprio sucesso profissional. Os MD generalistas apesar de considerarem estas vantagens (Mediana=2) *muitas vezes*, talvez devido à ausência de uma formação mais especializada, ainda não a consideram sempre. O estudo de Balinha (2014) provou precisamente que os Ortodontistas relatam, na sua maioria, que o conhecimento adquirido relativamente à atuação do TF como complemento ao tratamento ortodôntico emergiu em formações adicionais, enquanto grande parte dos TF o obteve na formação inicial. Por outro lado, na valência da Terapia da Fala, o núcleo da

sua atuação é o Sistema Estomatognático e, por isso, encontra-se perfeitamente consciente de que as funções e as estruturas estomatognáticas são inseparáveis e interdependentes. Assim, para ultrapassar estas dificuldades, seria interessante promover ações de formação para os MD generalistas.

Relativamente à observação de resultados positivos após o encaminhamento de utentes para a valência de Terapia da Fala/Medicina Dentária, embora neste estudo os resultados não sejam estatisticamente significativos, verificou-se que foram os MD pós-graduados e os TF (Mediana=4, i.e., *muitas vezes*) aqueles que mais observaram resultados positivos quando comparados com os MD (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*). Em comparação com o estudo de Amaral *et alii.* (2006), comprovou-se que 49% dos Ortodontistas e 55,5% dos odontopediatras afirmaram terem registado resultados positivos. Desta forma, o presente estudo está em conformidade com o de Amaral *et alii.* (2006) no que se refere à comprovação dos benefícios do TF na colaboração do tratamento ortodôntico.

3. Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária na aplicabilidade da interdisciplinaridade

No que respeita às dificuldades, foi possível constatar que para o enunciado “*Sinto resistência por parte do Terapeuta da Fala/Médico Dentista no encaminhamento de utentes para a minha avaliação e/ou intervenção*” (p=0,009), os TF mencionaram senti-la *algumas vezes*, comparativamente aos MD pós-graduados que *poucas vezes* a sentiram e os MD que *nunca* a sentiram. Assim, a investigação desta dissertação de mestrado corrobora com o estudo de Amaral *et alii.* (2006), no qual se registou uma percentagem de 57,1% dos TF que sentiam resistência por parte do MD em encaminhar utentes. Estes resultados sugerem que os TF encaminham com mais facilidade do que os MD, o que poderá estar relacionado com a formação académica e sensibilização para esta temática.

No que respeita ao enunciado “*Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os meus serviços quando encaminhados pelo Terapeuta da Fala/Médico Dentista*” (p=0,017), esse sentimento foi idêntico entre os pós-graduados e os TF (*poucas vezes*), mas diferente dos MD generalistas que responderam *nunca* sentir. Para o enunciado “*Sinto resistência por parte dos utentes em consultar serviços de Terapia da*

Fala/Medicina Dentária quando encaminhados por mim” ($p=0,004$), os MD e os TF sentiram menos resistência (Mediana=2, i.e., *poucas vezes*) que os MD pós-graduados (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*). Estes achados enquadram-se com os resultados dos estudos de Amaral *et alii.* (2006), de Varandas, Campos e Motta (2008) e de Vanz *et alii.* (2012), uma vez que os seus participantes também vivenciavam dificuldades na adesão às recomendações para a procura dos serviços de Terapia da Fala por parte do utente. Pode ainda deduzir-se que a comunidade tem mais facilidade em aceitar o encaminhamento quando é para uma especialidade médica comparativamente à Terapia da Fala, que por ser uma profissão recente, com poucos anos de divulgação e frequentemente associada a crianças com alterações de fala, acaba por ser desvalorizada pela população em geral.

Ainda relativamente a este sentimento de resistência, é de salientar que apesar de terem sido os TF aqueles que mais referiram senti-la por parte dos MD aquando do encaminhamento, estes últimos afirmaram que a resistência que sentem é da parte dos utentes em seguir as suas recomendações. Neste sentido, podemos indagar que os MD estão a realizar encaminhamentos e que será necessário desenvolver ações de sensibilização à comunidade, mais uma vez.

O estudo de Varandas, Campos e Motta (2008) vem fortalecer a presente investigação no enunciado “*Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à intervenção do Terapeuta da Fala/Médico Dentista, deveram-se a não considerarem importante.*” ao revelarem que os utentes não consideraram que seja importante a intervenção por parte do TF, condicionando resistência na adesão à intervenção terapêutica. Assim, parece evidente a necessidade de manter os TF e os MD em contacto ou a partilhar o mesmo espaço físico, de forma a maximizar a adesão à intervenção do TF (Varandas, Campos e Motta, 2008; Vanz *et alii.*, 2012). Além disso, reforça-se a necessidade de divulgar a atuação do TF junto dos profissionais de saúde, para que possam estar instruídos e assim transmitirem adequadamente conhecimento aos seus utentes. Assim como, possibilitar que o esclarecimento alcance os utentes para que compreendam o campo de intervenção do TF e a sua relevância em todo o processo do tratamento ortodôntico.

4. Pertinência atribuída pelos profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária a esta interdisciplinaridade

Relativamente à pertinência que os profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária atribuem a esta interdisciplinaridade, podemos observar que a consideram *sempre* (Mediana=5) pertinente, o que é possível observar no estudo de Balinha (2014). Estes resultados evidenciam que estes profissionais estão sensibilizados para o trabalho em equipa, embora este ainda não seja consistente e em alguns aspetos, como por exemplo, no encaminhamento e na alta programada, ainda seja necessário um aprimoramento.

Perante o enunciado “*A intervenção do Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico é pertinente*” ($p=0,043$) verificou-se que os TF são os que estão mais alerta (Mediana=5, i.e., *sempre*) para este tópico, no entanto os grupos de MD já consideram esta prática *muitas vezes* (Mediana=4). A resposta apresentada pelos MD comprova que atualmente possuem um maior conhecimento acerca da intervenção do TF nas diversas especialidades, o que está em concordância com estudos anteriormente realizados, nomeadamente o de Mendes, Costa e Nemr (2005), o de Varandas, Campos e Motta (2008) e o de Morgadinho (2010).

No que concerne à afirmação “*A minha intervenção após o tratamento da Terapia da Fala/ortodôntico é pertinente*”, no presente estudo os TF foram os que mais consideraram pertinente a sua intervenção após o tratamento ortodôntico (Mediana=5, i.e., *sempre*), no entanto, *muitas vezes* (Mediana=4) os MD consideraram que o TF deveria ser o primeiro a intervir. As respostas dos inquiridos de MD são suportadas pelo estudo de Marchesan e Sanseverino (2004 *cit. in* Morgadinho, 2010) no qual é afirmado que a intervenção do TF deve preceder o tratamento ortodôntico sempre que se evidenciarem alterações de tónus, respiratórias, articulatórias e na postura labial que não sejam decorrentes de alterações morfológicas e, ainda, nas situações em que o Ortodontista se deparar com hábitos parafuncionais. Porém, as respostas dos TF poderão ser suportadas pelos estudos de Varandas, Campos e Motta (2008) e de Morgadinho (2010), que defendem a intervenção do MD antes de se proceder ao encaminhamento para Terapia da Fala nas situações em que se observarem alterações bastante extensas na forma que inclusivamente possam

condicionar ou impossibilitar a intervenção do TF. Apesar destes resultados aparentemente contraditórios, quando se verificam concomitantemente alterações na forma e na função, a atuação do TF e do MD deve ocorrer em simultâneo e a sua prioridade avaliada em conjunto.

Quando os inquiridos do presente estudo foram abordados pela afirmação “*Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais fatores ocorreram devido à ausência de intervenção do Terapeuta da Fala no tratamento*” ($p=0,009$), observou-se que os TF foram aqueles que mais (Mediana=4, i.e., *muitas vezes*) consideraram a sua ausência como um fator que influencia o aparecimento de recidivas ortodônticas, contrariamente aos MD (Mediana=3, i.e., *algumas vezes*). A opinião dos inquiridos reviu-se na investigação de Amaral *et alii.* (2006), na qual se averbou que os TF consideraram que tal acontecimento ocorre em mais de 60% das vezes, enquanto que os Ortodontistas acharam que acontecia até 30% das vezes. Desta forma, em ambos os estudos foi evidente que os TF consideram mais importante a sua intervenção em casos de tratamento ortodôntico como forma de prevenir recidivas, comparativamente aos MD. Porém, convém ter presente que o trabalho em equipa assume um papel de grande relevância na área da saúde contribuindo para melhores resultados na recuperação/reabilitação dos utentes, bem como no trabalho dos próprios profissionais de saúde (Freitas, 2013), sendo que ambos devem assumir um papel equitativo. Os resultados deste estudo estão relacionados com a prática clínica dos inquiridos. Para uma melhor compreensão da interferência da presença/ausência da intervenção do TF seria necessário a realização de um estudo do tipo caso-controlo.

5. Aspectos prioritários para que a articulação entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária ocorra de um modo mais consistente e eficaz

Na última questão, os inquiridos depararam-se com o enunciado “*Qual(ais) o(s) aspeto(s) que considera prioritários alterar para que a articulação entre estes profissionais possa ocorrer de um modo mais consistente e eficaz?*” ao qual puderam responder livremente.

Os aspetos que foram mais frequentemente salientados de uma forma geral foram a *divulgação da interdisciplinaridade para profissionais e comunidade*, a *comunicação*

entre profissionais, a partilha do mesmo espaço físico e a divulgação da Terapia da Fala. Esta resposta encontrava-se em concordância com os estudos de Amaral *et alii.* (2006) e Silva e Canto (2014), que indicavam que o incremento do conhecimento e do desenvolvimento das profissões, a consciência relativamente às suas competências e limitações tem-se vindo a aprimorar, o que favorece o reconhecimento da necessidade de recorrer a saberes de outras áreas clínicas como forma de maximizar o bem-estar do utente e de alcançar melhores resultados clínicos (Amaral *et alii.*, 2006; Silva e Canto, 2014). Para além disso, a comunicação/troca de informação e a partilha do espaço físico entre os profissionais maximiza a adesão à intervenção do TF (Varandas, Campos e Motta, 2008; Vanz *et alii.*, 2012), uma vez que aumenta o contacto entre os profissionais.

No que diz respeito à necessidade de divulgação da Terapia da Fala, apesar de terem sido os TF os que apontaram esta necessidade em maior número, os MD com pós-graduação na resposta ao questionário mencionaram que *algumas vezes* (Mediana=3) os seus utentes não consultam os serviços de TF quando sugerido. Possivelmente esta necessidade deveria ser colmatada não só juntos dos profissionais de Medicina Dentária, mas, também, dos utentes. Estes resultados revelam que o papel deste profissional ainda não é amplamente conhecido, nomeadamente na reabilitação em utentes em tratamento ortodôntico. Embora ao longo dos anos, os MD tenham demonstrado possuir maior conhecimento acerca da intervenção do TF nas diversas especialidades (Mendes, Costa e Nemr, 2005; Rodrigues *et alii.*, 2005, Amaral *et alii.*, 2006; Varandas, Campos e Motta, 2008; Bervian e Rodrigues, 2010; Morgadinho, 2010; Freitas, 2013; Balinha, 2014). Este achado poderá estar relacionado posteriormente com a resistência no encaminhamento de utentes e dificultar a implementação de uma prática colaborativa.

Pode ainda acrescentar-se que a falta de encaminhamentos e desconhecimento não está presente unicamente nos profissionais que já atuam mas também nas escolas nas quais o TF é um elemento presente (Pimentel, Lopes-Herrera e Duarte, 2010). Por isso, é que alguns dos inquiridos sugeriram a formação, seja ela complementar ou de base, como um elemento necessário de modificar para efetivar a interdisciplinaridade entre as duas áreas profissionais. Tal sugestão está em concordância com a investigação de Mancopes *et alii.* (2009), na qual se verificou que a interdisciplinaridade não é um conceito consolidado no âmbito académico estudado, pois as definições que os participantes (professores Mestres

em Terapia da Fala) deram foram vagas ou introdutórias. Assim, comprovou-se que o conhecimento que tinham não os capacitava para transmitir a interdisciplinaridade de forma adequada, o que condicionaria os seus alunos para posteriormente integrarem equipas multiprofissionais, de forma interdisciplinar (Mancofes *et alii.*, 2009).

Em semelhança à maioria dos estudos realizados por qualquer área de investigação, este apresenta algumas limitações. Uma delas foi a dimensão da amostra, dado que esta era reduzida e desproporcional entre grupos, o que poderá ter contribuído para que alguns dos resultados tenham sido diferentes do que é reportado no estado de arte. Porém, os limites temporais que a dissertação de mestrado exigia não permitiram angariar mais elementos. Outra limitação deve-se ao facto de alguns dos inquiridos não terem respondido de forma completa aos questionários, o que levou à ausência de dados úteis para esta investigação.

VI. CONCLUSÃO

O trabalho interdisciplinar na área da saúde é essencial, sobretudo entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária, uma vez que partilham o Sistema Estomatognático como núcleo de intervenção e que é através desta colaboração que se poderá estabelecer o equilíbrio entre a forma e a função.

Com base nos resultados obtidos através da presente investigação, e de forma a responder ao primeiro objetivo específico da mesma, relativamente à **prática profissional**, conclui-se que atualmente ainda não é habitual a presença física de profissionais de MD e TF no mesmo contexto de trabalho, mas que os inquiridos a sugeriram como um elemento facilitador para a colaboração entre as profissões. No que concerne aos **encaminhamentos**, estes ocorrem com maior frequência por motivos de prevenção e avaliação entre ambos os profissionais, mas são os TF aqueles que recebem mais utentes durante o tratamento ortodôntico, sendo que todos indicaram receber na mesma frequência utentes após uma recidiva do mesmo. Verificou-se, também, que ocorrem mais encaminhamentos devido a questões funcionais quando comparados com questões oclusais. Mas, é de salientar que os encaminhamentos de casos ortodônticos também chegam aos profissionais oriundos de outras áreas da saúde. Desta forma, denota-se sensibilização por parte dos vários profissionais nos encaminhamentos de utentes com problemas oclusais. No que diz respeito ao momento da **alta**, embora tenham sido os MD a referir que aguardam com maior frequência a alta do TF para finalizar o tratamento, os TF foram os que mencionaram menos sentir essa espera por parte dos MD. Assim, verificou-se que os MD que fazem este trabalho em conjunto com TF, mas os TF ainda denotam dificuldades nesta parceria quando os casos são provavelmente acompanhados por MD menos sensibilizados para estas questões.

Relativamente às **vantagens** que os inquiridos deste estudo reconheceram na interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária, destacam-se os benefícios para o utente e para o êxito da intervenção realizada pelo profissional. Em oposição, como **dificuldades** enfrentadas na aplicabilidade da interdisciplinaridade, verificou-se que os TF foram os que mais sentiram resistência por parte dos MD na execução de encaminhamentos para avaliação e/ou intervenção, e que foram os MD

aqueles que sentem maior resistência por parte do utente em consultar os serviços de Terapia da Fala quando encaminhados. Desta forma, poder-se-á pensar que os MD encaminham para TF, mas os utentes não seguem as suas recomendações. Todavia, a resistência que os MD pós-graduados e os TF sentem relativamente à resistência do utente para consultar os seus serviços é idêntica. Salienta-se que alguns participantes mencionaram que as funções da valência de Terapia da Fala ainda não são claras para os profissionais de Medicina Dentária e para os utentes, e que a colaboração dos utentes influencia a interdisciplinaridade destes profissionais. Na opinião da autora do presente estudo, esse é um fator crucial para a colaboração e o envolvimento dos utentes na intervenção terapêutica. Sem este fator base estar devidamente consolidado, a interdisciplinaridade entre a Medicina Dentária e a Terapia da Fala dificilmente ocorrerá de forma rotineira. Assim, considera-se fundamental que o TF dê a conhecer aos MD as vantagens da sua intervenção, numa perspetiva de trabalho em equipa, para que possam cooperar no sentido de uma melhor qualidade de vida dos utentes e incrementar o sucesso nos múltiplos tratamentos odontológicos. Este conhecimento pode ser incitado através da divulgação, do esclarecimento de dúvidas, de conferências nas universidades, da participação em congressos de Medicina Dentária, da publicação de investigações em jornais e revistas e do desenvolvimento conjunto de estudos científicos. Porém, os inquiridos expuseram a divulgação da interdisciplinaridade para profissionais e para a comunidade como o aspeto que mais precisa de ser desenvolvido para que todas estas dificuldades sejam colmatadas.

Vale a pena salientar que mesmo não estando suficientemente disseminada e clarificada a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária e que a mesma ainda não seja uma realidade para todos, neste estudo, todos os MD e TF inquiridos consideram que o trabalho em equipa é *sempre pertinente*. Importa ainda salientar que consideraram a intervenção do TF crucial durante e após a intervenção odontológica, inclusivamente destacaram que a ausência do TF neste tratamento influencia o aparecimento das recidivas ortodônticas.

Assim, e em busca de evidencia científica e de práticas baseadas na evidencia, entende-se a necessidade de investigações futuras que possam comprovar através de estudos de casos e/ou caso-controlo a mais-valia da colaboração interdisciplinar, de forma a sensibilizar os

profissionais a realizá-la, assim como expor os benefícios da mesma numa tentativa de incrementar a adesão dos utentes. Além disso, ao realizar este tipo de investigação, seria interessante abranger mais participantes, no sentido de tornar os resultados mais fidedignos e representativos da população.

Finalizada a investigação à qual a autora se propôs desenvolver, conclui-se que a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária ainda não é uma prática efetiva nos tratamentos odontológicos realizados em Portugal, o que consequentemente implica maior duração das intervenções e menor sucesso profissional. Sente-se, no entanto, o desejo dos profissionais para que a mesma seja promovida e realizada.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A. C. B., Morales, D. A. e Ballo, M. B. J. F. (2003). A respiração oral influencia o rendimento escolar? *Revista CEFAC*. 5(1), pp. 69-73.

Acosta, U.P.G. *et alii*. (2011). Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. *Revista Oral*. 33, pp. 577-579.

Aguirre, G. E. R. (2015). *Logopedia y Ortopedia Maxilar en el tratamiento de Succión Digital, Deglución Atípica y Respiración bucal*. Guayaquil, Universidad de Guayaquil.

Aléssio, C. V., Mezzomo, C. L. e Körbes, D. (2007). Intervenção Fonoaudiológica nos casos de pacientes classe III com indicação à Cirurgia Ortognática. *Arquivos em Odontologia*. 43 (3), pp. 102 – 110.

Almeida, C. A. M. C. B. (2013). *Transdisciplinaridade em intervenção precoce na infância: Perceção de uma Equipa Local de Intervenção*. Lisboa, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Almeida, F. L., Silva, A. M. T. e Serpa, E. O. (2009). Relação entre má oclusão e hábitos orais em respiradores orais. *Revista CEFAC*. 11(1), pp 86-93.

Almeida, L. e Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilíbrios Edições. Vol. 5.

Amaral, E. *et alii*. (2006). Inter-relação entre a odontologia e a fonoaudiologia na motricidade orofacial. *Revista CEFAC*. 8 (3), pp. 337-351.

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2017). [Em linha]. Disponível em <<http://www.aptf.org/home>>. [Consultado em 26/09/2017].

Baldrighi, S. E. Z. M, *et alii*. (2015). Perfil miofuncional orofacial de crianças atendidas no ambulatório odontopediátrico do Hospital Universitário de Aracaju/SE. *Distúrbios da Comunicação*. 27 (1), pp. 85-96.

Balinha, S. (2014). *Encaminhamento e tratamento ortodôntico: interação entre a Ortodontia e a Terapia da Fala*. Alcoitão, Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Batista, J. S. N. (2011). *O Perfil do TF em Portugal*. Aveiro, Universidade de Aveiro.

Bervian, J. e Rodrigues, R. (2010). O conhecimento dos Ortodontistas sobre a atuação fonoaudiológica em respiradores bucais. *Revista da Faculdade de Odontologia*. 15 (3), pp. 293-297.

Berwing, L. C. *et alii* (2010). Alterações no modo respiratório, na oclusão e na fala em escolares: ocorrências e relações. *Revista CEFAC*. 12(5), pp. 795-802.

Bianchini, A. P., Guedes, Z. C. F. e Hitos, S. (2009). Respiração oral: causa x audição. *Revista CEFAC*. 11(1), pp. 38-43.

Boeck, E. *et alii*. (2013). Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. *Revista de Odontologia da UNESP*. 42(2), pp. 110-116.

Boit, S. E. N. (2012). *Mordida aberta anterior: etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento – uma revisão de literatura*. Porto Alegre, Faculdade de Odontologia.

Bottero, E., Ansanelli, L. S. C. e Motta, A. R. (2005). Ocorrência de respiração oral em pacientes com doenças periodontais. *Revista CEFAC*. 7 (3), pp. 363-370.

Cabecinhas, R. (2004). Representações Sociais, Relações Intergrupais e Cognição Social. *Revista Paidéia*. 14 (28), pp. 125-137.

Camargo, G. F., Sousa, M. L. R. e Frigério, M. L. M. A. (2008). Avaliação fonaudiológica X autopercepção de saúde bucal em idosos após a instalação de próteses dentárias. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 62 (4), pp. 299-306.

Campos, L. *et alii*. (2010). A interferência das doenças periodontais na fala: relato de caso clínico. *International Journal of Dentistry*. 9 (1), pp. 52-56.

Cardos, M.C.A.F. e Bujes, R.V. (2010). A Saúde Bucal e as Funções da Mastigação e Deglutição nos Idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 15 (1), pp. 53-67.

Cattoni, D. (2014). Diagnóstico de las alteraciones de la masticación. *In*: F. Susanibar, I. Marchesan, D. Parra, e A. Dioses, *Tratado de evaluación motricidad orofacial y áreas afines* (pp. 181-192). Madrid, Editorial EOS.

Cavassani, V. G. S. *et alii*. (2003). Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 69 (1), pp. 106-110.

Cerri, A., Guarim, J. A. e Genovese, W. J. (2015). PLanejamento e diagnóstico em Odontologia com os princípios bioéticos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentista*. 63 (3), pp. 217-225.

Cerrillo, L. (2013). Alteraciones dentomaxilares y orofuncionales del Sistema Estomatognático: Relación entre logopedia y odontología. *Revista Logopedia.mail*. 67.

Coll-Florit, M. (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Barcelona, Editorial UOC.

Costa, M. F. F. A. (2012). *Desenvolvimento da linguagem na criança: hábitos orais e perturbações da fala*. Aveiro, Universidade de Aveiro.

Costa, T. L. S. S. (2011). *Influencia de parámetros infantiles y hábitos orales en la oclusión de niños de 3 a 5 años de edad*. Granada, Univesidad de Granada.

Coutinho, M. e Santos, R. (2014). Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: caracterização das práticas em Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 55 (s1), pp. e50-e51.

CPLOL, Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de L'Union Européenne (2005). *Dysphagia Review 2004-2005*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.cplol.eu/images/Documents/prof_pract/CPLOL_dysphagiareport_en.pdf>. [Consultado em 11-10-2016].

Cunha, D. A., Silva, G. A. P. e Silva, H. J. (2011). Repercussões da Respiração Oral no Estado Nutricional: Por Que Acontece? *Aquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*. 15(2), pp. 223-230.

Diário da República (1999). Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de dezembro. [Em linha]. Disponível em <http://www.medicina.ulisboa.pt/wp-content/uploads/RH_Legislacao_Dec_Lei_564_1999_Carreira_Tec_Diag_Terapeutica.pdf>. [Consultado em 16/09/2017].

Diário da Republica (2012). *Declaração de Retificação n.º 14/03, de 11 de outubro, ao abrigo da alínea h) do n.º 1 do artigo 44.º*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.omd.pt/especialidades/cirurgia-oral/acesso>>. [Consultado em 22/09/2017].

Diário da Republica (2012a). *Regulamento n.º 466/2012, Série II, N.º 217, 2012-11-09*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.omd.pt/especialidades/ortodontia/regulamento>>. [Consultado em 22/09/2017].

Diário da Republica (2013). *Regulamento n.º 220/2013, n.º 112, Série II de 2013-06-12*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.omd.pt/noticias/2013/06/regulamento2202013.pdf>>. [Consultado em 25/09/2017].

Diário da Republica (2013a). Regulamento n.º 221/2013, n.º 112, Série II de 2013-06-12. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ond.pt/noticias/2013/06/regulamento2212013.pdf>>. [Consultado em 25/09/2017].

Diário da República (2017). Diário da República n.º 168/2017, Série I de 2017-08-31. [Em linha]. Disponível em <<https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/108079190/details/maximized?serie=I&res=pt&se=0#resumo-claro>>. [Consultado em 16/09/2017].

Dyck, C. V. *et alii.* (2016). The effect of orofacial myofunctional treatment in children with anterior open bite and tongue dysfunction: a pilot study. *European Journal of Orthodontics*. 38 (3), pp. 227 – 234.

Eyndhoven, L. V., Chussid, S. e Yoon, R. K. (2015). Knowledge, Attitudes, and Practices of Pediatric Dentists Regarding Speech Evaluation of Patients: Implications for Dental Education. *Journal of Dental Education*. 79 (11), pp. 1279 – 1285.

Felício, M. *et alii.* (2003). Análise da associação entre sucção, condições miofuncionais orais e fala. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 15 (1), pp. 31-40.

Ferreira, L., Befi-Lopes, D. e Limongi, S. (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*. 1ª Edição. São Paulo, Roca.

Figueiredo, M. *et alii.* (2007). Tratamento Precoce da Mordida Cruzada Posterior com o Quadrihélice de Encaixe. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press*. 5(6), pp. 75-85.

Filho, D. I., Bertolini, M. M. e Lopes, M. L. (2006). Contribuição multidisciplinar no diagnóstico e no tratamento das obstruções da nasofaringe e da respiração bucal. *Revista Clínica de Ortodontia - Dental Press*. 4 (6), pp. 90-102.

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

Fossi, L. B. e Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipas multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 7 (1), pp. 29 – 42.

Freitas, D. A. *et alii*. (2011). Perspectiva del Odontólogo sobre la necesidad de unir la Logopedia a la Práctica Clínica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 4 (11), pp. 11-18.

Freitas, S. M. P. R. (2013). *Perceção dos MD em Relação à Intervenção dos TF*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Furlan, R. M. *et alii*. (2012). Métodos quantitativos para avaliação da força de língua. *Revista CEFAC*. 14 (6), pp. 1215 - 1225.

García-García, V. J., Ustrell-Torrent, J. M. e Sentís-Vitalta, J. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en odontoestomatología*. 27(2), pp. 75-84.

Hilgenberg, P. B. e Porto, V. C. (2011). Avaliação fonética em utentes portadores de próteses dentárias. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 59 (0), pp. 75-79.

Jimenez, J. J. (2016). Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. *Odontología Sanmarquina*. 19 (2), pp. 41-44.

Johanns, C. M. *et alii*. (2011). Há relação de hábitos orais nocivos com a tipologia facial e a oclusão dentária? *Revista CEFAC*. 13 (6), pp. 1095-1102.

Leite, A. F. *et alii*. (2008). Caracterização do ceceo em pacientes de um Centro Clínico de Fonoaudiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 13(1), pp. 30-6.

Lima, G. *et alii.* (2010). Mordida aberta anterior e hábitos orais em crianças. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.* 15(3), pp. 369-375.

Lima, G. N. *et alii.* (2010). Mordida aberta anterior e hábitos orais em crianças. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.* 15(3), pp. 369-375.

Machado, P. G., Mezzomo, C. L. e Badaró, A. F. V. (2011). A postura corporal e as funções estomatognáticas em crianças respiradoras orais: uma revisão de literatura. *Revista CEFAC.* 14 (3), pp. 553 – 565.

Maciel, C. D. (2011). Estudo da prevalência de maloclusões em crianças de três a cinco anos na Estratégia de Saúde da Família de Nova Brasília, Complexo Alemão, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.* 13(4), pp. 48-53.

Maciel, C. T. V. e Leite, I. C. G. (2005). Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. *Pro-Fono.* 17(3), pp. 293-302.

Mancopes, R. *et alii.* (2009). Interdisciplinaridade na fonoaudiologia: a concepção do professor. *Revista CEFAC.* 11 (2), pp. 175-182.

Marchesan, I. Q. (2004). Distúrbios da Motricidade Oral. *In: RUSO, Ieda Pacheco. Intervenção Fonoaudiológica na terceira idade.* Rio de Janeiro: Editora Revinter. pp. 83-100.

Marques, S. R. L., Friche, A. A. L. e Motta, A. R. (2010). Adesão à terapia em motricidade orofacial no ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.* 15 (1), pp. 54-62.

Mendes, A. C. S., Costa, A. A. e Nemr, K. (2005). O Papel da Fonoaudiologia na Ortodontia e na Odontopediatria: Avaliação do Conhecimento dos Odontólogos Especialistas. *Revista CEFAC.* 7 (1), pp. 60-67.

Mendes, M. E. S. T. (2010). *Avaliação da qualidade em intervenção precoce, práticas no Distrito de Portalegre*. Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Monteiro, V., Brescovici, S. e Delgado, S. (2009). A ocorrência de ceceio em crianças de oito a 11 anos em escolas municipais. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 14(2), pp.213-218.

Morgadinho, P. (2010). *O conhecimento dos especialistas na área da Medicina Dentária acerca do papel do TF junto da população em que actua*m. Barcarena, Universidade Atlântica.

Morita, M. C. e Kriger, L. (2004). Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico*. 4 (1), pp. 17-21.

Nancarrow, S. A. *et alii*. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. 11 (19).

Navarro, P. R. *et alii*. (2012). Alterações de funções orais na presença de aparelhos ortodônticos fixos com recursos intraorais. *Revista CEFAC*. 15 (5).

Oliveira, B. S., Delgado, S. E. e Brescovici, S. M. (2014). Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 17 (3), pp. 575-587.

Oliveira, F. S. M. B. (2015). *Relevância do plano de tratamento multidisciplinar em Medicina Dentária e a sua implementação pelos MD*. Almada, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Ordem dos Médicos Dentistas (2008). *10 Anos da Ordem dos Médicos Dentistas*. Ordem dos Médicos Dentistas.

Ordem dos Médicos Dentistas (2017). Os números da ordem 2017. [Em linha]. Disponível em <<https://www.omd.pt/numeros/2017>>. [Consultado em 29/09/2017].

Outeda, F. P. (2016). *Eficacia de la Terapia Miofuncional Orofacial Combinada con Ortodoncia en Niños con Mordida Abierta Anterior*. Cantabria, Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria.

Paixão, A. S. R. (2012). *Diagnóstico e Tratamento da Mordida Aberta Dentária com Aparatologia Removível*. Viseu, Universidade Católica Portuguesa.

Pedrosa, F. *et alii.* (2006). Motricidade Orofacial: Conhecimento dos Aperfeiçoandos em Ortodontia. *Revista CEFAC*. 8 (1), pp. 71-78.

Pereira, C. e Felício, C. (2005). Os distúrbios miofuncionais orofaciais na literatura odontológica: revisão crítica. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 10 (4) (p. 134-142)

Pereira, L. T. e Poll, M. A. (2008). A Interdisciplinaridade na Área da Saúde: uma breve revisão teórica. *Revista Espaço Ciência & Saúde*. 2, pp. 24-34.

Pimentel, A. G. L., Lopes-Herrera, S. A. e Duarte, T. F. (2010). Conhecimento que acompanha de utentes de uma clínica-escola de Fonoaudiologia tem sobre a atuação fonoaudiológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 15 (1), pp. 40-46.

Pinto, E. M., Gondim, P. P. C. e Lima, N. S. (2008). Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 13(1), pp. 82-91.

Prates, A. e Silva, E. (2011). A Terapia da Fala em Portugal. *Distúrbios da Comunicação*. 23 (3), pp. 365-368.

Rabelo, B. G. *et alii.* (2004). Algumas considerações sobre o grau de conhecimento dos pediatras sobre questões fonoaudiológicas. *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.* 7 (27), pp. 4-10. [Em linha]. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=417483&indexSearch=ID#refine>>. [Consultado em 26/09/2017].

Ramos, J. S. *et alii.* (2015). Distance Learning: Effectiveness of an Interdisciplinary Course in Speech Pathology and Dentistry. *Interdisciplinary Journal of e-Skills and Lifelong Learning.* 11, pp. 101-121.

Reis, L. R. *et alii.* (2015). Alterações estomatognáticas e de fala são comuns entre crianças com incontinência pigmentar. *Audiology - Communication Research.* 20 (1), pp. 62-68.

Relógio, R. M. B. J. (2016). *Recidiva do Tratamento Ortodôntico por Respiração Bucal.* Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Rodrigues, H. O. S. N. *et alii.* (2005). Ocorrência de Respiração Oral e Alterações Miofuncionais Orofaciais em Sujeitos em Tratamento Ortodôntico. *Revista CEFAC.* 7 (3), pp. 356-362.

Rodrigues, S. F. S. (2014). *Respiração bucal: implicações biológicas, fisiológicas e ortopédicas.* Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Ruivo, J. M. V. S. (2014). *A incidência das Alterações da Motricidade Orofacial e da Articulação Verbal em Crianças em Idade Pré-Escolar.* Alcoitão, Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Safraider, L. L. (2016). *Atuação conjunta em motricidade orofacial: conhecimento do ortodontista em relação ao trabalho fonoaudiológico.* Ponta Grossa, Faculdade Sant'ana.

Santos, A. R. G. V. (2016). *Conhecimento da intervenção dos TF analisado por estudantes das áreas da saúde*. Alcoitão, Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Scherer, M. D. A., Pires, D. E. P. e Jean, R. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18 (11), pp. 3203-3212.

Silva, M. A. A. *et alii*. (2007). Análise comparativa da mastigação de crianças respiradoras nasais e orais com dentição decídua. *Revista CEFAC*. 9(2), pp. 190-198.

Silva, T. R. (2013). *Integração Odontologia-Fonoaudiologia: A Importância da Formação de Equipes Interdisciplinares*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.

Silva, T. R. e Canto, G. L. (2014). Integração odontologia-fonoaudiologia: a importância da formação de equipes interdisciplinares. *Revista CEFAC*. 16(2), pp. 598-603.

Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (2017). [Em linha]. Disponível em <<http://www.sptf.org.pt/sptf.html>>. [Consultado em 26/09/2017].

Sousa., M. F. (2014). Terapia Miofuncional como alternativa de tratamento para evitar la Recidiva en Mordida Abierta Anterior. *Revista Latinoamericana de Orotodncia y Odontopediatria*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-35/>>. [Consultado em 28/12/2017].

Vanz, R. V. *et alii*. (2012). Inter-relação entre a Ortodontia e a Fonoaudiologia na tomada de decisão de tratamento de indivíduos com respiração bucal. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 17 (3), pp. 29.e1-29.e7.

Varandas, C. P. M., Campos, L. G. e Motta, A. R. (2008). Adesão ao tratamento fonoaudiológico segundo a visão de Ortodontistas e odontopediatras. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 13 (3), 233-239.

Vasconcelos, M., Grillo, M. J. C. e Soares, S. M. (2009). *Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte, Editora UFMG.

Verrastro, A. P. *et alii*. (2009). Características oclusais e miofuncionais orais das crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da USP. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*. 27 (4), pp. 394-399.

Warren, J. J. *et alii*. (2001). Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *Journal of the American Dental Association*. 132(12), pp. 1685-1693.

Whitaker, M., Júnior, A., e Genero, K. (2009). Proposal for mastication clinical evaluation protocol. *Revista CEFAC*. 11 (3), pp. 311-323.

Yamaguchi, H. e Sueishi, K. (2003). Malocclusion Associated with Abnormal Posture. *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 44 (2), pp. 43-54.

MARIANA ROCHA DA SILVA

ANEXOS

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, JUNHO DE 2018

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 26 de Setembro de 2017

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Mestrado em Terapêutica da Fala, intitulado "Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e Ortodontia/Odontopediatria: Perceção dos Profissionais", de Mariana Rocha da Silva, considera nada haver a opor ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Martinho Foldy

Anexo 2: Questionário inicial para TF

Questionário- TF

O meu nome é Mariana Rocha da Silva e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

O preenchimento deste questionário é imprescindível para a minha dissertação de mestrado, intitulada “Interdisciplinaridade entre a Terapia da fala e a Medicina Dentária: Perceção dos Profissionais”, sob orientação da Mestre Daniela Vieira e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso. Com a mesma pretendo clarificar a perceção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria. Dessa forma, o público-alvo são Terapeutas da Fala e Médicos Dentistas com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria.

1. Selecione, por favor, a sua formação:
 - a. Médico Dentista com formação em Ortodontia e Odontopediatria
 - b. Médico Dentista com formação em Ortodontia
 - c. Médico Dentista com formação em Odontopediatria
 - d. Terapeuta da Fala
 - e. Outra

2. Indique, por favor, os anos de experiência profissional: _____ (anos)

3. Data de nascimento: ____ / ____ / _____

4. Sexo:
 - a. Feminino
 - b. Masculino

5. Indique, por favor, se apresenta alguma(s) da(s) formação(ões) complementar(es) referida(s):

a. Especialização

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

b. Pós-graduação

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

c. Mestrado

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

d. Doutoramento

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

e. Outra(s) _____

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

6. Indique, por favor, o(s) seu(s) contexto(s) de intervenção profissional:

a. Clínica privada

b. Docência em ensino superior

c. Educativo

d. Equipas locais de intervenção precoce (ELI)

e. Hospitalar

f. Instituição particular de solidariedade social (IPSS)

g. Outro(s) _____

7. Indique, por favor, quantos utentes tem em atendimento atualmente. _____

8. Da sua casuística de atendimento, os casos de Ortodontia/odontopediatria correspondem a que percentagem (0% a 100%) do total?

9. No(s) seu(s) local(s) de intervenção existe(m) Ortodontista(s)/Odontopediatra(s)?

a. Sim

- b. Sim, mas não em todos os locais onde exerço funções
- c. Não

10. Indique, por favor, quantos casos **foram encaminhados** pelo Ortodontista/Odontopediatra no último ano? _____

11. Indique, por favor, quantos casos **encaminhou** para o Ortodontista/Odontopediatra no último ano? _____

12. Selecione, por favor, as situações em que **recebe** utentes da Ortodontia/Odontopediatria.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II
- e. Classe III
- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal
- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala
- k. Outro(s): _____

13. Selecione, por favor, as situações em que **encaminha** utentes para a Ortodontia/Odontopediatria.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II
- e. Classe III
- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal

- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala
- k. Outro(s): _____

14. Nos casos em que os seus utentes, encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra, apresentaram resistência para aderir à intervenção terapêutica, qual(ais) considera ser(em) a(s) justificação(ões)?

- a. Falta de tempo
- b. Situação financeira
- c. Não consideram importante
- d. Outro(s): _____

15. Na sua opinião, qual(ais) a(as) área(s) em que considera pertinente a intervenção interdisciplinar do Terapeuta da Fala com o Ortodontista/Odontopediatra?

- a. Comunicação
- b. Voz
- c. Deglutição
- d. Fala
- e. Linguagem Oral
- f. Linguagem Escrita
- g. Respiração
- h. Mastigação
- i. Sensibilidade e Motricidade Orofacial
- j. Outro(s): _____

16. Em casos ortodônticos **recebo** com maior frequência utentes encaminhados pelo:

- a. Otorrinolaringologista
- b. Ortodontista/Odontopediatra
- c. Outro(s) _____

17. Indique, por favor, a frequência que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1) Trabalho em colaboração com o Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
2) Recebo casos encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
3) Sinto resistência por parte do Ortodontista/Odontopediatra no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
4) Sinto resistência por parte do TF no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção da Ortodontista/ Odontopediatra	1	2	3	4	5
5) Na minha prática profissional, o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/Odontopediatra planeiam em conjunto a alta do utente	1	2	3	4	5
6) Efetuo encaminhamentos de utentes para o Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
7) Encaminho o(s) utentes(s) para o Ortodontista/Odontopediatra com o objetivo de prevenção	1	2	3	4	5
8) Encaminho o(s) utentes(s) para o Ortodontista/Odontopediatra com o objetivo de avaliação	1	2	3	4	5
9) Encaminho o(s) utentes(s) para o Ortodontista/Odontopediatra com o objetivo de intervenção	1	2	3	4	5
10) Encaminho o(s) utente(s) para o Ortodontista/Odontopediatra antes da minha intervenção	1	2	3	4	5
11) Encaminho o(s) utente(s) para o Ortodontista/Odontopediatra durante a minha intervenção	1	2	3	4	5
12) Encaminho o(s) utente(s) para o Ortodontista/Odontopediatra após a minha intervenção	1	2	3	4	5
13) Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra antes de iniciar tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
14) Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra durante o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
15) Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra após o término do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
16) Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra após uma recidiva do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
17) Estabeleço contacto com o Ortodontista/Odontopediatra relativamente ao caso partilhado	1	2	3	4	5

18. Indique, por favor, o grau de concordância que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a. Considero pertinente a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia/Odontopediatria	1	2	3	4	5
b. Considero pertinente a intervenção preventiva do Terapeuta da Fala no âmbito da Ortodontia/Odontopediatria	1	2	3	4	5
c. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
d. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala após o tratamento do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
e. Considero que existe resistência por parte dos utentes em consultar os serviços de Terapia da Fala quando encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
f. O Ortodontista/Odontopediatra aguarda a alta do Terapeuta da Fala para finalizar o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
g. A alta deverá ser planeada com o Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
h. Na minha formação de base foi abordada a interdisciplinaridade com a Ortodontia/ Odontopediatria	1	2	3	4	5
i. A oferta formativa disponível para a realizar um trabalho interdisciplinar mais especializado com	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
o Ortodontista/ Odontopediatra é suficiente					
j. A divulgação de informação acerca da interdisciplinaridade entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra é enriquecedora para estes	1	2	3	4	5
k. O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra beneficia o utente	1	2	3	4	5
l. Considero que se o TF trabalhasse no mesmo espaço físico que o Ortodontista/ Odontopediatra a adesão do utente à intervenção do Terapeuta da Fala aumentaria	1	2	3	4	5
m. Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência de intervenção do Terapeuta da Fala no tratamento	1	2	3	4	5

Anexo 3: Questionário inicial para MD generalistas e com pós-graduação em Ortodontia e/ou odontopediatria

Questionário- MD com formação em Ortodontia e Odontopediatria

O meu nome é Mariana Rocha da Silva e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

O preenchimento deste questionário é imprescindível para a minha dissertação de mestrado, intitulada “Interdisciplinaridade entre a Terapia da fala e a Medicina Dentária: Percepção dos Profissionais”, sob orientação da Mestre Daniela Vieira e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso. Com a mesma pretendo clarificar a percepção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria. Dessa forma, o público-alvo são Terapeutas da Fala e Médicos Dentistas com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria.

1. Selecione, por favor, a sua formação:

- b. Médico Dentista com formação em Ortodontia e Odontopediatria
- c. Médico Dentista com formação em Ortodontia
- d. Médico Dentista com formação em Odontopediatria
- e. Terapeuta da Fala
- f. Outra

2. Indique, por favor, os anos de experiência profissional: _____ (anos)

3. Data de nascimento: ____ / ____ / _____

- 4. Sexo:**
- a. Feminino
 - b. Masculino
- 5. Indique, por favor, se apresenta alguma(s) da(s) formação(ões) complementar(es) referida(s):**
- a. Especialização
 - i. Em: _____ Ano de conclusão: _____
 - b. Pós-graduação
 - i. Em: _____ Ano de conclusão: _____
 - c. Mestrado
 - i. Em: _____ Ano de conclusão: _____
 - d. Doutorado
 - i. Em: _____ Ano de conclusão: _____
 - e. Outra(s) _____
 - i. Em: _____ Ano de conclusão: _____
- 6. Indique, por favor, o(s) seu(s) contexto(s) de intervenção profissional:**
- a. Clínica privada
 - b. Docência em ensino superior
 - c. Hospitalar
 - d. Outro(s) _____
- 7. Indique, por favor, quantos utentes tem em atendimento atualmente. _____**
- 8. No(s) seu(s) local(s) de intervenção existem Terapeutas da Fala?**
- a. Sim
 - b. Sim, mas não em todos os locais onde exerço funções
 - c. Não

9. Indique, por favor, quantos casos **foram encaminhados** pelo Terapeuta da Fala no último ano? _____

10. Indique, por favor, quantos casos **encaminhou** para o Terapeuta da Fala no último ano? _____

11. Selecione, por favor, as situações em que **recebe** utentes da Terapia da Fala.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II
- e. Classe III
- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal
- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala
- k. Outro(s): _____

12. Selecione, por favor, as situações em que **encaminha** utentes para a Terapia da Fala.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II
- e. Classe III
- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal
- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala
- k. Outro(s): _____

13. Nos casos em que os seus utentes apresentaram resistência para aderir à intervenção terapêutica, qual(ais) considera ser(em) a(s) justificação(ões)?

- a. Falta de tempo
- b. Situação financeira
- c. Não consideram importante
- d. Outro(s): _____

14. Na sua opinião, qual(ais) a(as) área(s) em que considera pertinente a intervenção interdisciplinar do Terapeuta da Fala com o Ortodontista/Odontopediatra?

- a. Comunicação
- b. Voz
- c. Deglutição
- d. Fala
- e. Linguagem Oral
- f. Linguagem Escrita
- g. Respiração
- h. Mastigação
- i. Sensibilidade e Motricidade Orofacial
- j. Outro(s): _____

15. Em casos ortodônticos **realizo encaminhamentos** com maior frequência para:

- a. Otorrinolaringologista
- b. Terapeuta da Fala
- c. Outro(s) _____

16. Indique, por favor, a frequência que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a. Trabalho em colaboração com o Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
b. Recebo casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
c. Sinto resistência por parte do Ortodontista/Odontopediatra no	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Terapeuta da Fala					
d. Sinto resistência por parte do Terapeuta da Fala no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Ortodontista/ Odontopediatra	1	2	3	4	5
e. Na minha prática profissional, o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra planeiam em conjunto a alta do utente	1	2	3	4	5
f. Efetuo encaminhamentos de utentes para o Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
g. Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala com o objetivo de prevenção	1	2	3	4	5
h. Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala com o objetivo de avaliação	1	2	3	4	5
i. Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala com o objetivo de intervenção	1	2	3	4	5
j. Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala antes da minha intervenção	1	2	3	4	5
k. Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala durante a minha intervenção	1	2	3	4	5
l. Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala após a minha intervenção	1	2	3	4	5
m. Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra após uma recidiva do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
n. Estabeleço contacto com o Terapeuta da Fala relativamente ao caso partilhado	1	2	3	4	5

17. Indique, por favor, o grau de concordância que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

*N/A – Não se aplica

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

	N/A	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a. Considero pertinente a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia/Odontopediatria	0	1	2	3	4	5
b. Considero pertinente a intervenção preventiva do Terapeuta da Fala no âmbito da Ortodontia/Odontopediatria	0	1	2	3	4	5
c. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico	0	1	2	3	4	5
d. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala após o tratamento ortodôntico	0	1	2	3	4	5
e. Considero que existe resistência por parte dos utentes em consultar os serviços de Terapia da Fala quando encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra	0	1	2	3	4	5
f. aguardo a alta do Terapeuta da Fala para finalizar o tratamento ortodôntico	0	1	2	3	4	5
g. A alta deverá ser planeada em conjunto com o Terapeuta da Fala	0	1	2	3	4	5
h. Na minha formação de base foi abordada a interdisciplinaridade com a Terapia da Fala	0	1	2	3	4	5
i. A oferta formativa disponível para a realizar um trabalho interdisciplinar mais especializado com o Terapeuta da Fala é suficiente	0	1	2	3	4	5
j. A divulgação de informação acerca da interdisciplinaridade entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra é enriquecedora para estes	0	1	2	3	4	5
k. O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra beneficia o utente	0	1	2	3	4	5
l. Considero a intervenção do Terapeuta da Fala pertinente em alterações musculares	0	1	2	3	4	5
m. Considero a intervenção do Terapeuta da Fala pertinente em alterações estruturais	0	1	2	3	4	5
n. Considero que se o Terapeuta da Fala trabalhasse no mesmo espaço físico que o Ortodontista/	0	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

Odontopediatra a adesão do utente à intervenção do Terapeuta da Fala aumentaria						
o. Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência de participação do Terapeuta da Fala no tratamento	0	1	2	3	4	5
p. Nas situações em que procedi ao encaminhamento para Terapia da Fala observei resultados positivos	0	1	2	3	4	5

Anexo 4: Análise dos peritos ao questionário para TF

Questionário- TF

O meu nome é Mariana Rocha da Silva e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

O preenchimento deste questionário é imprescindível para a minha dissertação de mestrado, intitulada “Interdisciplinaridade entre a Terapia da fala e a Medicina Dentária: Perceção dos Profissionais”, sob orientação da Mestre Daniela Vieira e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso. Com a mesma pretendo clarificar a perceção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria. Dessa forma, o público-alvo são Terapeutas da Fala e Médicos Dentistas com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria.

Introdução ao perito: Deverá assinalar com um x a opção que, na sua opinião, é a mais apropriada. Caso não se encontre de acordo com nenhuma das opções expostas, deverá justificar a sua opção. Em cada uma das questões inframencionadas, poderá, ainda, fazer observações.

Perito 1	<ul style="list-style-type: none">▪ TF▪ Professora universitária
Perito 2	<ul style="list-style-type: none">▪ TF▪ Mestre em Ciências da Fala e da Audição▪ Doutorada em Psicologia▪ Professora universitária
Perito 3	<ul style="list-style-type: none">▪ TF▪ Doutorada em Estudos da Criança - Educação Especial

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora universitária
Perito 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médica Dentista ▪ Mestre em Reabilitação Oral ▪ Doutorada em Biotecnologia e Saúde, ramo Epidemiologia e Saúde Pública
Perito 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médica Dentista ▪ Odontopediatra

1. Selecione, por favor, a sua formação:

- a. Médico Dentista com formação em Ortodontia e Odontopediatria
- b. Médico Dentista com formação em Ortodontia
- c. Médico Dentista com formação em Odontopediatria
- d. Terapeuta da Fala
- e. Outra

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Não havendo especialidades nas áreas, “formação” pode ser vago e não ser respondido de igual forma por todos.
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Na opção Outra, acrescentar: qual_____
3	Concordo	Concordo	Concordo totalmente	Penso que antes de iniciar este bloco de questões deveria ter um título a indicar que as mesmas seriam relativas à caracterização socioprofissional. Relativamente a esta questão, eu talvez usasse antes o termo profissão do que formação (este usava-o somente em baixo, na sua outra questão que coloca). Deveria questionar Qual? Para a opção outra.
4	Nem concordo	Nem concordo	Nem concordo	A questão relativamente aos MD não está bem estabelecida. Não sei o que quer saber mas todos os MD

	nem discordo	nem discordo	nem discordo	tem formação pré-graduada em Ortodontia e odontopediatria. Se quer distinguir os profissionais especialistas dos generalistas deve indicar na questão pois senão é dúbia a resposta
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

2. Indique, por favor, os anos de experiência profissional: _____ (anos)

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
3	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Pode ocorrer de ter um respondente que ainda não tenha 1 ano. Aí poderia ser uma opção: “Indique, por favor, a sua experiência profissional: < 1 ano ____ (meses); >1 ano _____ (anos)
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	A colocação de anos de experiência profissional em área específica ou com como MD, ou desde que fez formação; está pouco claro tendo em conta a questão anterior
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

3. Data de nascimento: ____ / ____ / _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
2	Concordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Para efeitos da investigação bastará pedir o ano de nascimento.

3	Concordo	Concordo	Concordo totalmente	Penso que talvez fosse mais fácil questionar a idade (anos) para poder depois caracterizar a sua amostra por intervalos de idade.
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo	Concordo	Concordo	___???

4. Sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

5. Indique, por favor, se apresenta alguma(s) da(s) formação(ões) complementar(es) referida(s):

a. Especialização

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

b. Pós-graduação

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

c. Mestrado

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

d. Doutorado

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

e. Outra(s) _____

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Se vai cruzar todas estas variáveis e se são pertinentes para o estudo, ok!
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	O espaço de resposta para o nome da formação é curto. Coloque em 2 linhas. Não tem aparecido, mas deverá ter os quadradinhos para a pessoa seleccionar a resposta, certo? Se sim essa indicação deverá constar das instruções iniciais de preenchimento do questionário, onde também deveria indicar que o mesmo é composto por duas partes, uma dirigida à caracterização socioprofissional dos respondentes e outra à recolha da sua percepção quanto à interdisciplinaridade. Deveria também estar explícito que para os respondentes darem as respostas deveriam basear-se na sua experiência profissional, por exemplo do seu último ano. Será importante balizar, pois caso contrário as pessoas ficam perdidas e a fiabilidade do instrumento também não é tão conseguida.
4	—	—	—	Agora pergunta a formação profissional- a pergunta aberta vai levar a múltiplas respostas- e colocaria de seguida à pergunta 1
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

6. Indique, por favor, o(s) seu(s) contexto(s) de intervenção profissional:

- a. Clínica privada
- b. Docência em ensino superior
- c. Educativo

- d. Equipas locais de intervenção precoce (ELI)
- e. Hospitalar
- f. Instituição particular de solidariedade social (IPSS)
- g. Outro(s) _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	___	___	___	Pertinência das variáveis! Docência?!
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	___
3	Concordo	Concordo	Concordo	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	___
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	___

7. Indique, por favor, quantos utentes tem em atendimento atualmente. _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo	Concordo	Concordo	___
2	Concordo	Concordo	Concordo	Pode ser difícil de quantificar em alguns casos, mas não encontro alternativa.
3	Concordo	Concordo	Concordo	Penso que a informação que poderá recolher daqui poderá não ser totalmente rentabilizada. Porque não questionar quantos utentes atende em média por semana, considerando a sua experiência nos últimos 3 meses, ou meio ano, ou último ano... Penso que o que interessaria seria perceber em média como acontece e não propriamente só no momento atual...
4	Discordo totalmente	Discordo totalmente	Discordo totalmente	É muito difícil responder a esta questão. O que vai fazer com esta variável? Não sei qual o interesse...
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Quer saber a quantidade de utentes semanais, diários?

8. Da sua casuística de atendimento, os casos de Ortodontia/odontopediatria correspondem a que percentagem (0% a 100%) do total? _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Como TF não sei responder a isto. Sentido duplo “Ortodontia/odontopediatria”, são duas coisas diferentes na mesma pergunta. Atenção à fiabilidade (%), vão dar respostas à sorte.
2	Concordo	Concordo	Concordo	Pode ser difícil de quantificar em alguns casos, mas não encontro alternativa.
3	—	—	—	
4	—	—	—	—
5	Discordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Alterar o vocabulário (casuística)

9. No(s) seu(s) local(s) de intervenção existe(m) Ortodontista(s)/Odontopediatra(s)?
- Sim
 - Sim, mas não em todos os locais onde exerço funções
 - Não

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Sentido duplo “Ortodontia/odontopediatria”.
2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Talvez fosse mais adequado: Existem serviços de odontopediatria?
3	Concordo	Discordo	Concordo totalmente	Usava o termo atuação profissional. Colocaria as opções relativas aos locais à frente do “sim” para serem assinaladas.
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

10. Indique, por favor, quantos casos **foram encaminhados** pelo Ortodontista/Odontopediatra no último ano? _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Sentido duplo “Ortodontia/odontopediatria” e não sei se os TF saberão a diferença.
2	Concordo	Concordo	Concordo	Poderá ser difícil quantificar mas não há alternativa.
3	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Acrescentaria, caso não tenha certeza do número exato indique o intervalo que considera mais adequado: <5; Entre 5 e 10; Entre 10 e 20; Entre 20 e 30; >30
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

11. Indique, por favor, quantos casos **encaminhou** para o Ortodontista/Odontopediatra no último ano? _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Sentido duplo “Ortodontia/odontopediatria”.
2	Concordo	Concordo	Concordo	—
3	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Acrescentaria, caso não tenha certeza do número exato indique o intervalo que considera mais adequado: <5; Entre 5 e 10; Entre 10 e 20; Entre 20 e 30; >30
4	—	—	—	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

12. Selecione, por favor, as situações em que **recebe** utentes da Ortodontia/Odontopediatria.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II

- e. Classe III
- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal
- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala
- k. Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	___	___	___	Muitas variáveis para avaliar.
2	Concordo	Concordo	Concordo	___
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Selecione, por favor, a(s) situação(ões) cujo(s) encaminhamento(s) são efetuados por TF. Deveria estar indicado que poderá assinalar várias opções de resposta.
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	c. Overjet – deverá querer dizer overjet aumentado
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	___

13. Selecione, por favor, as situações em que **encaminha** utentes para a Ortodontia/Odontopediatria.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II
- e. Classe III
- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal
- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala

k. Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	Muitas variáveis para avaliar.
2	Concordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Tenho dúvidas na opção j. – Por que motivo haveria de encaminhar um utente devido a estas causas?
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Deveria estar indicado que poderá assinalar várias opções de resposta.
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	c. Overjet – deverá querer dizer overjet aumentado
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

14. Nos casos em que os seus utentes, encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra, apresentaram resistência para aderir à intervenção terapêutica, qual(ais) considera ser(em) a(s) justificação(ões)?

- a.** Falta de tempo
- b.** Situação financeira
- c.** Não consideram importante
- d.** Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	—
2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Não sei se é boa ideia partir de um pressuposto: os utentes têm resistência?- melhor perguntar antes.
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	

4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	Qual intervenção terapêutica? Terapia da fala ou tratamentos dentários?
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

15. Na sua opinião, qual(ais) a(as) área(s) em que considera pertinente a intervenção interdisciplinar do Terapeuta da Fala com o Ortodontista/Odontopediatra?

- a. Comunicação
- b. Voz
- c. Deglutição
- d. Fala
- e. Linguagem Oral
- f. Linguagem Escrita
- g. Respiração
- h. Mastigação
- i. Sensibilidade e Motricidade Orofacial
- j. Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo totalmente	Discordo totalmente	Discordo totalmente	Sensibilidade e Motricidade Orofacial não é área. Pergunta irrelevante. O que interessa é se tem ou não alteração ortodôntica.
2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Alíneas e) e f) podem ser mantidas na mesma alínea
3	Concordo	Concordo	Concordo	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

16. Em casos ortodônticos **recebo** com maior frequência utentes encaminhados pelo:

- a. Otorrinolaringologista
- b. Ortodontista/Odontopediatra
- c. Outro(s) _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	Sugestão: Fazer uma questão para cada opção com uma escala de Likert correspondente.
2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Presumo que seja possível receber casos de Ortodontia do ORL. É possível receber casos do pediatra também, porque não está diferenciado juntamente com o ORL?
3	—	—	—	“Em casos ortodônticos realiza encaminhamentos com maior frequência para:...” Na opção outro(s), penso que deveria ter a questão à frente “Quais?”
4	Nem concordo nem discordo	Discordo	Concordo totalmente	Não deixava o “outros”... Tão amplo. Colocaria outras opções de resposta.
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

17. Indique, por favor, a frequência que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a. Trabalho em colaboração com o Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
b. Recebo casos encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
c. Sinto resistência por parte do Ortodontista/Odontopediatra no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
d. Sinto resistência por parte do Terapeuta da Fala no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção da Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
e. Na minha prática profissional, o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/Odontopediatra planeiam em conjunto a alta do utente	1	2	3	4	5
f. Efetuo encaminhamentos de utentes para o Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
g. Encaminho o(s) utentes(s) para o Ortodontista/Odontopediatra com o objetivo de prevenção	1	2	3	4	5
h. Encaminho o(s) utentes(s) para o Ortodontista/Odontopediatra com o objetivo de avaliação	1	2	3	4	5
i. Encaminho o(s) utentes(s) para o Ortodontista/Odontopediatra com o objetivo de intervenção	1	2	3	4	5
j. Encaminho o(s) utente(s) para o Ortodontista/Odontopediatra antes da minha intervenção	1	2	3	4	5
k. Encaminho o(s) utente(s) para o Ortodontista/Odontopediatra durante a minha intervenção	1	2	3	4	5
l. Encaminho o(s) utente(s) para o Ortodontista/Odontopediatra após a minha intervenção	1	2	3	4	5
m. Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra antes de iniciar tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
n. Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra durante o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
o. Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra após o término do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
p. Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra após uma recidiva do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
q. Estabeleço contacto com o Ortodontista/Odontopediatra relativamente ao caso partilhado	1	2	3	4	5

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	A partir daqui melhorar mas ficou redundante. Para quê as questões anteriores semelhantes?
2	Concordo	Concordo	Concordo	—
3	—	—	—	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

18. Indique, por favor, o grau de concordância que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a. Considero pertinente a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia/Odontopediatria	1	2	3	4	5
b. Considero pertinente a intervenção preventiva do Terapeuta da Fala no âmbito da Ortodontia/Odontopediatria	1	2	3	4	5
c. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
d. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala após o tratamento do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
e. Considero que existe resistência por parte dos utentes em	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
consultar os serviços de Terapia da Fala quando encaminhados pelo Ortodontista/Odontopediatra					
f. O Ortodontista/Odontopediatra aguarda a alta do Terapeuta da Fala para finalizar o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
g. A alta deverá ser planeada com o Ortodontista/Odontopediatra	1	2	3	4	5
h. Na minha formação de base foi abordada a interdisciplinaridade com a Ortodontia/ Odontopediatria	1	2	3	4	5
i. A oferta formativa disponível para a realizar um trabalho interdisciplinar mais especializado com o Ortodontista/ Odontopediatra é suficiente	1	2	3	4	5
j. A divulgação de informação acerca da interdisciplinaridade entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra é enriquecedora para estes	1	2	3	4	5
k. O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra beneficia o utente	1	2	3	4	5
l. Considero que se o Terapeuta da Fala trabalhasse no mesmo espaço físico que o Ortodontista/ Odontopediatra a adesão do utente à intervenção do Terapeuta da Fala aumentaria	1	2	3	4	5
m. Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência de intervenção do Terapeuta da Fala no tratamento	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Percepção dos Profissionais

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	—
2	Concordo	Concordo	Concordo	—
3	—	—	—	Por vezes usa o considero e outras faz somente as afirmações. Deve optar para haver coerência. Eu optaria por usar apenas as afirmações.
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

Comentários gerais:

Perito	Comentários
1	—
2	—
3	Penso que seria enriquecedor para o seu trabalho colocar algumas questões semiabertas para complementar o seu questionário. Por exemplo questionar quais os aspetos positivos que mais destaca no estabelecimento de um trabalho em conjunto com o Terapeuta da Fala? Quais as principais barreiras que acha que existem ao desenvolvimento do mesmo? Quais os aspetos que considera prioritários alterar para que a articulação entre estes profissionais possa ocorrer de um modo mais frequente e eficaz? Antes de cada uma destas questões, poderá colocar uma questão filtro...
4	Quando diz “Médico Dentista com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria” eu colocaria “com formação pós-graduada em Ortodontia e odontopediatria”
5	—

Anexo 5: Análise dos peritos ao questionário para MD

Questionário- MD

O meu nome é Mariana Rocha da Silva e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

O preenchimento deste questionário é imprescindível para a minha dissertação de mestrado, intitulada “Interdisciplinaridade entre a Terapia da fala e a Medicina Dentária: Percepção dos Profissionais”, sob orientação da Mestre Daniela Vieira e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso. Com a mesma pretendo clarificar a percepção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria. Dessa forma, o público-alvo são Terapeutas da Fala e Médicos Dentistas com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria.

Introdução ao perito: Deverá assinalar com um x a opção que, na sua opinião, é a mais apropriada. Caso não se encontre de acordo com nenhuma das opções expostas, deverá justificar a sua opção. Em cada uma das questões inframencionadas, poderá, ainda, fazer observações.

Perito 1	<ul style="list-style-type: none">▪ TF▪ Professora universitária
Perito 2	<ul style="list-style-type: none">▪ TF▪ Mestre em Ciências da Fala e da Audição▪ Doutorada em Psicologia▪ Professora universitária
Perito 3	<ul style="list-style-type: none">▪ TF▪ Doutorada em Estudos da Criança - Educação Especial▪ Professora universitária

Perito 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MD ▪ Mestre em Reabilitação Oral ▪ Doutorada em Biotecnologia e Saúde, ramo Epidemiologia e Saúde Pública
Perito 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MD ▪ Odontopediatra

1. Selecione, por favor, a sua formação:

- a. Médico Dentista com formação em Ortodontia e Odontopediatria
- b. Médico Dentista com formação em Ortodontia
- c. Médico Dentista com formação em Odontopediatria
- d. Terapeuta da Fala
- e. Outra

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Não havendo especialidades nas áreas, “formação” pode ser vago e não ser respondido de igual forma por todos.
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Na opção Outra, acrescentar: qual_____
3	Concordo	Concordo	Concordo totalmente	Penso que antes de iniciar este bloco de questões deveria ter um título a indicar que as mesmas seriam relativas à caracterização socioprofissional. Relativamente a esta questão, eu talvez usasse antes o termo profissão do que formação (este usava-o somente em baixo, na sua outra questão que coloca). Deveria questionar Qual? Para a opção outra.
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	A questão relativamente aos MD não está bem estabelecida. Não sei o que quer saber mas todos os MD tem formação pré-graduada em Ortodontia e odontopediatria. Se quer distinguir os profissionais especialistas dos generalistas deve indicar na questão pois senão é dúbia a resposta
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

2. Indique, por favor, os anos de experiência profissional: _____ (anos)

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
3	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Pode ocorrer de ter um respondente que ainda não tenha 1 ano. Aí poderia ser uma opção: “Indique, por favor, a sua experiência profissional: < 1 ano ____ (meses); >1 ano ____ (anos)
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	A colocação de anos de experiência profissional em área específica ou com como MD, ou desde que fez formação; está pouco claro tendo em conta a questão anterior
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

3. Data de nascimento: ____ / ____ / _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
2	Concordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Para efeitos da investigação bastará pedir o ano de nascimento.
3	Concordo	Concordo	Concordo totalmente	Penso que talvez fosse mais fácil questionar a idade (anos) para poder depois caracterizar a sua amostra por intervalos de idade.
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo	Concordo	Concordo	É melhor colocar ____ / ____ / ____ (dia/mês/ano)

4. Sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

5. Indique, por favor, se apresenta alguma(s) da(s) formação(ões) complementar(es) referida(s):

a. Especialização

Em: _____ Ano de conclusão: _____

b. Pós-graduação

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

c. Mestrado

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

d. Doutorado

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

e. Outra(s) _____

i. Em: _____ Ano de conclusão: _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Se vai cruzar todas estas variáveis e se são pertinentes para o estudo, ok!

2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	O espaço de resposta para o nome da formação é curto. Coloque em 2 linhas. Não tem aparecido, mas deverá ter os quadradinhos para a pessoa selecionar a resposta, certo? Se sim essa indicação deverá constar das instruções iniciais de preenchimento do questionário, onde também deveria indicar que o mesmo é composto por duas partes, uma dirigida à caracterização socioprofissional dos respondentes e outra à recolha da sua percepção quanto à interdisciplinaridade. Deveria também estar explícito que para os respondentes darem as respostas deveriam basear-se na sua experiência profissional, por exemplo do seu último ano. Será importante balizar, pois caso contrário as pessoas ficam perdidas e a fiabilidade do instrumento também não é tão conseguida.
4	—	—	—	Agora pergunta a formação profissional- a pergunta aberta vai levar a múltiplas respostas- e colocaria de seguida à pergunta 1
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

6. Indique, por favor, o(s) seu(s) contexto(s) de intervenção profissional:

- a. Clínica privada
- b. Docência em ensino superior
- c. Hospitalar
- d. Outro(s) _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	Pertinência das variáveis! Docência?!
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Usava o termo atuação profissional e não intervenção. Dava indicação na instrução de que poderia assinalar mais do que uma resposta. Colocaria a docência no ensino superior em terceiro lugar.
3	Concordo	Concordo	Concordo	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Discordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Deve colocar: Clínica Privada; Centro de Saúde; Em meio hospitalar privado; Docência em meio universitário; Outros(s)

7. Indique, por favor, quantos utentes tem em atendimento atualmente. _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Concordo	Concordo	Concordo	—
2	Concordo	Concordo	Concordo	Pode ser difícil de quantificar em alguns casos, mas não encontro alternativa.
3	Concordo	Concordo	Concordo	Penso que a informação que poderá recolher daqui poderá não ser totalmente rentabilizada. Porque não questionar quantos utentes atende em média por semana, considerando a sua experiência nos últimos 3 meses, ou meio ano, ou último ano... Penso que o que interessaria seria perceber em média como acontece e não propriamente só no momento atual...
4	Discordo totalmente	Discordo totalmente	Discordo totalmente	É muito difícil responder a esta questão. O que vai fazer com esta variável? Não sei qual o interesse...
5	Discordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Quer saber a quantidade de utentes semanais, diários?

8. No(s) seu(s) local(s) de intervenção existem Terapeutas da Fala?

- a. Sim
- b. Sim, mas não em todos os locais onde exerce funções
- c. Não

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Sentido duplo “Ortodontia/odontopediatria”.
2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Talvez fosse mais adequado: Existem serviços de terapia da fala?
3	Concordo	Discordo	Concordo totalmente	Usava o termo atuação profissional. Colocaria as opções relativas aos locais à frente do “sim” para serem assinaladas.
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

9. Indique, por favor, quantos casos **foram encaminhados** pelo Terapeuta da Fala no último ano? _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Sentido duplo “Ortodontia/odontopediatria” e não sei se os TF saberão a diferença.
2	Concordo	Concordo	Concordo	Poderá ser difícil quantificar mas não há alternativa.
3	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Acrescentaria, caso não tenha certeza do número exato indique o intervalo que considera mais adequado: <5; Entre 5 e 10; Entre 10 e 20; Entre 20 e 30; >30
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

10. Indique, por favor, quantos casos **encaminhou** para o Terapeuta da Fala no último ano? _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Sentido duplo “Ortodontia/odontopediatria”.
2	Concordo	Concordo	Concordo	
3	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Acrescentaria, caso não tenha certeza do número exato indique o intervalo que considera mais adequado: <5; Entre 5 e 10; Entre 10 e 20; Entre 20 e 30; >30
4	—	—	—	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

11. Selecione, por favor, as situações em que **recebe** utentes da Terapia da Fala.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II
- e. Classe III

- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal
- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala
- k. Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	___	___	___	Muitas variáveis para avaliar.
2	Concordo	Concordo	Concordo	___
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Selecione, por favor, a(s) situação(ões) cujo(s) encaminhamento(s) são efetuados por TF. Deveria estar indicado que poderá assinalar várias opções de resposta.
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	c. Overjet – deverá querer dizer overjet aumentado
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	___

12. Selecione, por favor, as situações em que **encaminha** utentes para a Terapia da Fala.

- a. Mordida aberta
- b. Mordida cruzada
- c. Overjet
- d. Classe II
- e. Classe III
- f. Alterações na postura da língua/lábio
- g. Respiração oral/oronasal
- h. Alterações na mastigação
- i. Alterações na deglutição
- j. Alterações na comunicação/linguagem/fala
- k. Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	Muitas variáveis para avaliar.
2	Concordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Tenho dúvidas na opção j. - por que motivo haveria de encaminhar um utente devido a estas causas?
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Deveria estar indicado que poderá assinalar várias opções de resposta.
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	c. Overjet - deverá querer dizer overjet aumentado
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

13. Nos casos em que os seus utentes apresentaram resistência para aderir à intervenção terapêutica, qual(ais) considera ser(em) a(s) justificação(ões)?

- a. Falta de tempo
- b. Situação financeira
- c. Não consideram importante
- d. Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	—
2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Não sei se é boa ideia partir de um pressuposto: os utentes têm resistência?- melhor perguntar antes.
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	
4	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo totalmente	Qual intervenção terapêutica? Terapia da fala ou tratamentos dentários?
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

14. Na sua opinião, qual(ais) a(as) área(s) em que considera pertinente a intervenção interdisciplinar do Terapeuta da Fala com o Ortodontista/Odontopediatra?

- a. Comunicação
- b. Voz
- c. Deglutição
- d. Fala
- e. Linguagem Oral
- f. Linguagem Escrita
- g. Respiração
- h. Mastigação
- i. Sensibilidade e Motricidade Orofacial
- j. Outro(s): _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	Discordo totalmente	Discordo totalmente	Discordo totalmente	Sensibilidade e Motricidade Orofacial não é área. Pergunta irrelevante. O que interessa é se tem ou não alteração ortodôntica.
2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Alíneas e) e f) podem ser mantidas na mesma alínea
3	Concordo	Concordo	Concordo	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

15. Em casos ortodônticos **realizo encaminhamentos** com maior frequência para:

- a. Otorrinolaringologista
- b. Terapeuta da Fala
- c. Outro(s) _____

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	Sugestão: Fazer uma questão para cada opção com uma escala de Likert correspondente.

2	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	Nem concordo nem discordo	—
3	—	—	—	“Em casos ortodônticos realiza encaminhamentos com maior frequência para:...” Na opção outro(s), penso que deveria ter a questão à frente “Quais?”
4	Nem concordo nem discordo	Discordo	Concordo totalmente	Não deixava o “outros”... Tão amplo. Colocaria outras opções de resposta.
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

16. Indique, por favor, a frequência que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a. Trabalho em colaboração com o Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
b. Recebo casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
c. Sinto resistência por parte do Ortodontista/Odontopediatra no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
d. Sinto resistência por parte do TF no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Ortodontista/ Odontopediatra	1	2	3	4	5
e. Na minha prática profissional, o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/Odontopediatra planeiam em conjunto a alta do utente	1	2	3	4	5
f. Efetuo encaminhamentos de utentes para o Terapeuta da Fala	1	2	3	4	5
g. Encaminho o(s) utentes(s) para o TF com o objetivo de prevenção	1	2	3	4	5
h. Encaminho o(s) utentes(s) para o TF com o objetivo de avaliação	1	2	3	4	5
i. Encaminho o(s) utentes(s) para o TF com o objetivo de intervenção	1	2	3	4	5

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
j. Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala antes da minha intervenção	1	2	3	4	5
k. Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala durante a minha intervenção	1	2	3	4	5
l. Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala após a minha intervenção	1	2	3	4	5
m. Recebo utentes encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra após uma recidiva do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
n. Estabeleço contacto com o Terapeuta da Fala relativamente ao caso partilhado	1	2	3	4	5

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	A partir daqui melhorar mas ficou redundante. Para quê as questões anteriores semelhantes?
2	Concordo	Concordo	Concordo	—
3	—	—	—	
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

17. Indique, por favor, o grau de concordância que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	N/A	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a. Considero pertinente a interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia/Odontopediatria	0	1	2	3	4	5
b. Considero pertinente a intervenção preventiva do Terapeuta da Fala no âmbito da Ortodontia/Odontopediatria	0	1	2	3	4	5
c. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico	0	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

d. Considero pertinente a intervenção do Terapeuta da Fala após o tratamento ortodôntico	0	1	2	3	4	5
e. Considero que existe resistência por parte dos utentes em consultar os serviços de Terapia da Fala quando encaminhados pelo Ortodontista/ Odontopediatra	0	1	2	3	4	5
f. aguardo a alta do Terapeuta da Fala para finalizar o tratamento ortodôntico	0	1	2	3	4	5
g. A alta deverá ser planeada em conjunto com o Terapeuta da Fala	0	1	2	3	4	5
h. Na minha formação de base foi abordada a interdisciplinaridade com a Terapia da Fala	0	1	2	3	4	5
i. A oferta formativa disponível para a realizar um trabalho interdisciplinar mais especializado com o Terapeuta da Fala é suficiente	0	1	2	3	4	5
j. A divulgação de informação acerca da interdisciplinaridade entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra é enriquecedora para estes	0	1	2	3	4	5
k. O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Ortodontista/ Odontopediatra beneficia o utente	0	1	2	3	4	5
l. Considero a intervenção do Terapeuta da Fala pertinente em alterações musculares	0	1	2	3	4	5
m. Considero a intervenção do Terapeuta da Fala pertinente em alterações estruturais	0	1	2	3	4	5
n. Considero que se o Terapeuta da Fala trabalhasse no mesmo espaço físico que o Ortodontista/ Odontopediatra a adesão do utente à intervenção do Terapeuta da Fala aumentaria	0	1	2	3	4	5
o. Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência de participação do Terapeuta da Fala no tratamento	0	1	2	3	4	5
p. Nas situações em que procedi ao encaminhamento para Terapia da Fala observei resultados positivos	0	1	2	3	4	5

*N/A – Não se aplica

Perito	Vocabulário	Opções de resposta	Pertinência da questão	Comentários
1	—	—	—	—
2	Concordo	Concordo	Concordo	—
3	—	—	—	Por vezes usa o considero e outras faz somente as afirmações. Deve optar para haver coerência. Eu optaria por usar apenas as afirmações.
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	—

Comentários gerais:

Perito	Comentários
1	—
2	—
3	Penso que seria enriquecedor para o seu trabalho colocar algumas questões semiabertas para complementar o seu questionário. Por exemplo questionar quais os aspetos positivos que mais destaca no estabelecimento de um trabalho em conjunto com o TF? Quais as principais barreiras que acha que existem ao desenvolvimento do mesmo? Quais os aspetos que considera prioritários alterar para que a articulação entre estes profissionais possa ocorrer de um modo mais frequente e eficaz? Antes de cada uma destas questões, poderá colocar uma questão filtro...
4	Quando diz “MD com formação em Ortodontia e/ou Odontopediatria” eu colocaria “com formação pós-graduada em Ortodontia e odontopediatria”
5	—

Anexo 6: Questionário para TF reformulado

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária: Perceção dos Profissionais

O meu nome é Mariana Rocha da Silva e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

O preenchimento deste questionário é imprescindível para a minha dissertação de mestrado, intitulada “Interdisciplinaridade entre a Terapia da fala e a Medicina Dentária: Perceção dos Profissionais”, sob orientação da Mestre Daniela Vieira e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso. Com a mesma pretendo clarificar a perceção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária, sendo, por isso, os Terapeutas da Fala e os Médicos Dentistas o público-alvo.

O questionário é constituído por duas partes, a primeira destina-se à caracterização socioprofissional e a segunda à perceção da interdisciplinaridade. Para cada questão deverá seleccionar a opção de resposta que melhor se adequa à sua prática profissional no último ano. O seu preenchimento terá uma duração aproximada de 15 minutos.

Os dados recolhidos para a presente investigação serão analisados de forma a assegurar o anonimato e a confidencialidade.

Agradeço a sua colaboração!

Em caso de dúvida, por favor, contacte pelo e-mail 27983@ufp.edu.pt

CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

1. Na sua prática profissional, atende casos de Ortodontia?

- a. Sim
- b. Não

O questionário termina aqui. Obrigada pela sua colaboração!

2. Selecione, por favor, a sua formação:

- a. Médico Dentista
- b. Médico Dentista com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria
- c. Terapeuta da Fala

- d. Indique, por favor, os anos de experiência profissional como Terapeuta da Fala. _____ (anos)

3. Data de nascimento: _____ (ano)

4. Sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

PERCEÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE

5. Indique, por favor, a frequência que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Prática Profissional					
1) Trabalho em colaboração com o Médico Dentista	1	2	3	4	5
2) O Médico Dentista está inserido no(s) meu(s) local(ais) de intervenção	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3) Recebo casos encaminhados pelo Médico Dentista	1	2	3	4	5
4) Encaminho o(s) utentes(s) para o Médico Dentista com o objetivo de prevenção	1	2	3	4	5
5) Encaminho o(s) utentes(s) para o Médico Dentista com o objetivo de avaliação	1	2	3	4	5
6) Encaminho o(s) utentes(s) para o Médico Dentista com o objetivo de intervenção	1	2	3	4	5
7) Encaminho o(s) utente(s) para o Médico Dentista antes da minha intervenção	1	2	3	4	5
8) Encaminho o(s) utente(s) para o Médico Dentista durante a minha intervenção	1	2	3	4	5
9) Encaminho o(s) utente(s) para o Médico Dentista após a minha intervenção	1	2	3	4	5
10) Recebo utentes encaminhados pelo Médico Dentista antes de iniciar tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
11) Recebo utentes encaminhados pelo Médico Dentista durante o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
12) Recebo utentes encaminhados pelo Médico Dentista após o término do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
13) Recebo utentes encaminhados pelo Médico Dentista após uma recidiva do tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
14) Recebo utentes da Medicina Dentária devido a alterações oclusais	1	2	3	4	5
15) Recebo utentes da Medicina Dentária devido a alterações funcionais	1	2	3	4	5
16) Recebo casos ortodônticos encaminhados de outras especialidades médicas	1	2	3	4	5
17) Estabeleço contacto com o Médico Dentista relativamente ao caso partilhado	1	2	3	4	5
18) Na minha prática profissional, a alta do utente é planeada em conjunto com o Médico Dentista	1	2	3	4	5
19)guardo a alta do Médico Dentista para finalizar a minha intervenção terapêutica	1	2	3	4	5
20) O Médico Dentista aguarda a minha alta para finalizar o tratamento ortodôntico	1	2	3	4	5
Vantagens					
21) O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Médico Dentista beneficia o utente	1	2	3	4	5
22) O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Médico Dentista beneficia o sucesso da minha intervenção	1	2	3	4	5
23) Nas situações em que procedi ao encaminhamento para o Médico Dentista observei resultados positivos	1	2	3	4	5
Dificuldades					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
24) Sinto resistência por parte do Médico Dentista no encaminhamento de utentes para a minha avaliação e/ou intervenção	1	2	3	4	5
25) Sinto resistência por parte dos Terapeuta da Fala no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção do Médico Dentista	1	2	3	4	5
26) Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os meus serviços quando encaminhados pelo Médico Dentista	1	2	3	4	5
27) Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os serviços de Medicina Dentária quando encaminhados por mim	1	2	3	4	5
28) Os casos encaminhados pelo Médico Dentista que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção terapêutica, deveram-se à falta de tempo .	1	2	3	4	5
29) Os casos encaminhados pelo Médico Dentista que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção terapêutica, deveram-se a situações financeiras .	1	2	3	4	5
30) Os casos encaminhados pelo Médico Dentista que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção terapêutica, deveram-se a não considerarem importante .	1	2	3	4	5
31) Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à intervenção do MD, deveram-se à falta de tempo .	1	2	3	4	5
32) Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à intervenção do Médico Dentista, deveram-se a situações financeiras .	1	2	3	4	5
33) Os casos encaminhados por mim que apresentaram resistência para aderir à intervenção do MD, deveram-se a não considerarem importante .	1	2	3	4	5
34) Considero que se trabalhasse no mesmo espaço físico que o Médico Dentista, a adesão do utente à intervenção da Medicina Dentária aumentaria.	1	2	3	4	5
35) Considero que se trabalhasse no mesmo espaço físico que o Médico Dentista, a adesão do utente à minha intervenção aumentaria.	1	2	3	4	5
Pertinência					
36) A interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária é pertinente.	1	2	3	4	5
37) A minha intervenção preventiva no âmbito do tratamento ortodôntico é pertinente.	1	2	3	4	5
38) A minha intervenção durante o tratamento ortodôntico é pertinente.	1	2	3	4	5
39) A minha intervenção após o tratamento ortodôntico é pertinente.	1	2	3	4	5

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
40) Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência da minha intervenção no tratamento.	1	2	3	4	5

- 6.** Qual(ais) o(s) aspeto(s) que considera prioritários alterar para que a articulação entre estes profissionais possa ocorrer de um modo mais consistente e eficaz?

Anexo 7: Questionário para MD reformulado

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Medicina Dentária: Perceção dos Profissionais

O meu nome é Mariana Rocha da Silva e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

O preenchimento deste questionário é imprescindível para a minha dissertação de mestrado, intitulada “Interdisciplinaridade entre a Terapia da fala e a Medicina Dentária: Perceção dos Profissionais”, sob orientação da Mestre Daniela Vieira e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso. Com a mesma pretendo clarificar a perceção da interdisciplinaridade entre profissionais de Terapia da Fala e de Medicina Dentária, sendo, por isso, os Terapeutas da Fala e os Médicos Dentistas o público-alvo.

O questionário é constituído por duas partes, a primeira destina-se à caracterização socioprofissional e a segunda à perceção da interdisciplinaridade. Para cada questão deverá seleccionar a opção de resposta que melhor se adequa à sua prática profissional no último ano. O seu preenchimento terá uma duração aproximada de 15 minutos.

Os dados recolhidos para a presente investigação serão analisados de forma a assegurar o anonimato e a confidencialidade.

Agradeço a sua colaboração!

Em caso de dúvida, por favor, contacte pelo e-mail 27983@ufp.edu.pt

CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

1. Na sua prática profissional, atende casos de Ortodontia?

- a. Sim
- b. Não

O questionário termina aqui. Obrigada pela sua colaboração!

2. Selecione, por favor, a sua formação:

- a. Médico Dentista
- b. Médico Dentista com pós-graduação em Ortodontia e/ou Odontopediatria
 - i. Ano de Conclusão da Formação Pós-Graduada: _____
- c. Terapeuta da Fala

3. Indique, por favor, os anos de experiência profissional como Médico Dentista.

_____ (anos)

4. Data de nascimento: _____ (ano)

5. Sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

PERCEÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE

6. Indique, por favor, a frequência que atribui a cada uma das afirmações que se seguem.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Prática Profissional					
1) Trabalho em colaboração com o Terapeuta da Fala.	1	2	3	4	5
2) O Terapeuta da Fala está inserido no(s) meu(s) local(ais) de intervenção.	1	2	3	4	5

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3) Recebo casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala.	1	2	3	4	5
4) Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala com o objetivo de prevenção .	1	2	3	4	5
5) Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala com o objetivo de avaliação .	1	2	3	4	5
6) Encaminho o(s) utentes(s) para o Terapeuta da Fala com o objetivo de intervenção .	1	2	3	4	5
7) Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala antes da minha intervenção.	1	2	3	4	5
8) Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala durante a minha intervenção.	1	2	3	4	5
9) Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala após a minha intervenção.	1	2	3	4	5
10) Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala devido a alterações oclusais.	1	2	3	4	5
11) Encaminho o(s) utente(s) para o Terapeuta da Fala devido a alterações funcionais.	1	2	3	4	5
12) Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala antes de iniciar tratamento ortodôntico.	1	2	3	4	5
13) Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico.	1	2	3	4	5
14) Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala após o término do tratamento ortodôntico.	1	2	3	4	5
15) Recebo utentes encaminhados pelo Terapeuta da Fala após uma recidiva do tratamento ortodôntico.	1	2	3	4	5
16) Recebo casos ortodônticos encaminhados de outras especialidades médicas.	1	2	3	4	5
17) Estabeleço contacto com o Terapeuta da Fala relativamente ao caso partilhado.	1	2	3	4	5
18) Na minha prática profissional, a alta do utente é planeada em conjunto com o Terapeuta da Fala.	1	2	3	4	5
19)guardo a alta do Terapeuta da Fala para finalizar o tratamento ortodôntico.	1	2	3	4	5
20) O Terapeuta da Fala aguarda a minha alta para finalizar a intervenção terapêutica.	1	2	3	4	5
Vantagens					
21) O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Médico Dentista beneficia o utente.	1	2	3	4	5
22) O trabalho interdisciplinar entre o Terapeuta da Fala e o Médico Dentista beneficia o sucesso da minha intervenção.	1	2	3	4	5
23) Nas situações em que procedi ao encaminhamento para o Terapeuta da Fala observei resultados positivos.	1	2	3	4	5
Dificuldades					

Interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia: Perceção dos Profissionais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
24) Sinto resistência por parte do Terapeuta da Fala no encaminhamento de utentes para a minha avaliação e/ou intervenção.	1	2	3	4	5
25) Sinto resistência por parte dos Médicos Dentistas no encaminhamento de utentes para avaliação e/ou intervenção da Terapia da Fala.	1	2	3	4	5
26) Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os meus serviços quando encaminhados pelo TF.	1	2	3	4	5
27) Sinto resistência por parte dos utentes em consultar os serviços de Terapia da Fala quando encaminhados por mim.	1	2	3	4	5
28) Os casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção, deveram-se à falta de tempo .	1	2	3	4	5
29) Os casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção, deveram-se a situações financeiras .	1	2	3	4	5
30) Os casos encaminhados pelo Terapeuta da Fala que apresentaram resistência para aderir à minha intervenção, deveram-se a não considerarem importante .	1	2	3	4	5
31) Os casos que encaminhei e apresentaram resistência para aderir à intervenção do Terapeuta da Fala, deveram-se à falta de tempo .	1	2	3	4	5
32) Os casos que encaminhei e apresentaram resistência para aderir à intervenção do Terapeuta da Fala, deveram-se a situações financeiras .	1	2	3	4	5
33) Os casos que encaminhei e apresentaram resistência para aderir à intervenção do Terapeuta da Fala, deveram-se não considerarem importante .	1	2	3	4	5
34) Considero que se trabalhasse no mesmo espaço físico que o Terapeuta da Fala, a adesão do utente à intervenção da Terapia da Fala aumentaria.	1	2	3	4	5
35) Considero que se trabalhasse no mesmo espaço físico que o Terapeuta da Fala, a adesão do utente à minha intervenção aumentaria.	1	2	3	4	5
Pertinência					
36) A interdisciplinaridade entre a Terapia da Fala e a Ortodontia é pertinente.	1	2	3	4	5
37) A intervenção preventiva do Terapeuta da Fala no âmbito da Medicina Dentária é pertinente.	1	2	3	4	5
38) A intervenção do Terapeuta da Fala durante o tratamento ortodôntico é pertinente.	1	2	3	4	5
39) A minha intervenção após o tratamento da Terapia da Fala é pertinente.	1	2	3	4	5
40) Nas situações de recidivas ortodônticas, considero que tais factos ocorreram devido à ausência de intervenção do Terapeuta da Fala no tratamento.	1	2	3	4	5

7. Qual(ais) o(s) aspeto(s) que considera prioritários alterar para que a articulação entre estes profissionais possa ocorrer de um modo mais consistente e eficaz?