

# INTER-RELAÇÃO ENTRE A ODONTOLOGIA E A FONOAUDIOLOGIA NA MOTRICIDADE OROFACIAL

## *Interrelation between Odontology and Speech- Language Pathology in Orofacial Myology*

Everton Costa Amaral <sup>(1)</sup>, Stella Maris Cortez Bacha <sup>(2)</sup>, Eloisa Lorenzo Azevedo Ghersele <sup>(3)</sup>, Priscylla Mayumi Ikeda Rodrigues <sup>(4)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** abordar aspectos da inter-relação entre a Odontologia e a Fonoaudiologia na Motricidade Orofacial. **Métodos:** foi realizada pesquisa na forma de questionário dirigido a 49 cirurgiões-dentistas especialistas em Ortodontia/Ortopedia Facial e 40 em Odontopediatria, bem como a 14 fonoaudiólogas especialistas em Motricidade Orofacial, todos de Campo Grande/MS. **Resultados:** houve unanimidade na opinião dos pesquisados em relação à necessidade da interação entre as áreas, sendo o Sistema Estomatognático o campo comum de atuação desses profissionais. Os motivos de encaminhamentos para tratamento fonoaudiológico estão mais relacionados às questões funcionais, mas há, supostamente, resistência tanto dos pacientes quanto dos cirurgiões-dentistas em encaminhar e/ou consultar o fonoaudiólogo; e os casos de recidivas ortodônticas, na sua maioria, são decorrentes da falta de acompanhamento fonoaudiológico. **Conclusão:** existe trabalho integrado do cirurgião-dentista e do fonoaudiólogo, mesmo que ainda sejam necessários ajustes quanto aos critérios de alta em conjunto e de julgamento das recidivas. O trabalho em equipe continua sendo um caminho para a integração destes profissionais visando o tratamento adequado do paciente.

**DESCRITORES:** Odontologia; Odontopediatria; Ortodontia; Fonoaudiologia; Sistema Estomatognático

### ■ INTRODUÇÃO

Ao iniciar o exercício de sua atividade, o profissional assume responsabilidades irreversíveis diante da sociedade como um todo, perante os pacientes e colegas de profissão. No entanto, a eficácia dos tratamentos, com a constante evolução e velocidade da divulgação de conhecimentos, depende, muitas vezes, do trabalho em equipe <sup>1</sup>.

Há muitos anos se fala da importância de inter-relação profissional e da necessidade de se trabalhar

em conjunto. Acredita-se que essa idéia é decorrente da conscientização dos profissionais em relação às possibilidades e limitações de suas especialidades e por isso, buscam ajuda em outras, para melhor tratar seu paciente.

O significado da palavra parceria é reunião de pessoas para um fim comum. Na parceria Odontologia e Fonoaudiologia a meta é a resolução dos problemas das pessoas que procuram o tratamento, especificamente, do sistema estomatognático <sup>2</sup>.

A terapia miofuncional (orofacial e cervical) é útil em muitas especialidades odontológicas e visa à correção das alterações motoras e sensoriais do sistema estomatognático, das funções de respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala, quando alteradas.

Na Ortodontia, os dentes são mantidos em equilíbrio graças à atuação de forças de contenção interna e externa mutuamente, e, portanto, se não houver ajustes funcionais, existe a possibilidade de recidivas <sup>1</sup>.

Na Odontopediatria, o trabalho em equipe é presente nas ações preventivas, especialmente no controle dos hábitos deletérios, incluindo desde a conscientização da necessidade da amamentação para o desenvolvimento da sucção até a intervenção na respiração oral <sup>1</sup>.

<sup>(1)</sup> Cirurgião-Dentista da Prefeitura Municipal de Carapó, Mato Grosso do Sul.

<sup>(2)</sup> Fonoaudióloga Docente da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal; Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

<sup>(3)</sup> Cirurgiã-Dentista Docente da disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

<sup>(4)</sup> Acadêmica da Faculdade de Odontologia Albino Coimbra Filho da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Na Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, a intervenção fonoaudiológica pode ser vista nos períodos pré e pós-cirúrgico da cirurgia ortognática, atuando sobre as alterações da motricidade orofacial (e cervical). A pressão incorreta da língua contra os dentes pode comprometer a saúde do periodonto, demonstrando a ação da terapia junto à Periodontia. Além disso, existe também o trabalho em equipe na Reabilitação Oral, por meio de ajustes de mastigação e disfunções da articulação temporomandibular (ATM), bem como na musculatura para-protética e até mesmo, na estética <sup>1</sup>.

A Motricidade Orofacial é, portanto, o campo da Fonoaudiologia voltado para o estudo/pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical <sup>3</sup>.

Há como se mostrar a correlação entre a Odontologia – em especial a Ortodontia e a Ortopedia Funcional dos Maxilares – e a Fonoaudiologia, por meio do estudo das funções reflexo-vegetativas orais de respiração, sucção, mastigação e deglutição, funções que constituem o elo de ligação entre essas atividades profissionais. Para a Fonoaudiologia, tais funções são consideradas pré-lingüísticas e para a Odontologia são funções responsáveis pela estabilidade dos dentes e suas inclinações axiais corretas. Toda a musculatura é interligada. Os músculos da cabeça se relacionam com os do corpo todo, até mesmo com os músculos dos pés. O respirador oral pode ter várias alterações posturais, apresentando até uma tendência a “pés chatos”. Portanto, uma correção ortodôntica só pode manter-se adequada se a oclusão alcançada ao final harmonizar-se com a musculatura do paciente <sup>4</sup>.

É importante o trabalho em equipe nas disfunções do sistema estomatognático, especialmente na respiração oral, cujo tratamento normalmente envolve quatro especialistas: ortodontista/ortopedista facial através do acompanhamento do desenvolvimento crânio-facial e correção das alterações oclusais; fonoaudiólogo através da terapia miofuncional, reeducando diversas funções; otorrinolaringologista com o diagnóstico e tratamento das etiologias das disfunções nasofaríngeas; e o fisioterapeuta que corrige os distúrbios corporais. Portanto, no tratamento de pacientes portadores de distúrbios respiratórios o ideal é estimular a atuação multidisciplinar que envolva condutas de prevenção e tratamento precoce <sup>5</sup>.

Uma revisão de literatura voltada para a interação entre Odontopediatria e Fonoaudiologia enfocou a remoção dos hábitos orofaciais deletérios – sucção digital, sucção de chupeta, deglutição atípica e respiração oral. Com a variedade dos fatores desencadeantes e das características desses hábitos, torna-se fundamental a necessidade da atuação interdisciplinar entre o odontopediatra e o

fonoaudiólogo, pois os mesmos visam à manutenção das estruturas orais e suas funções. Concluiu-se que para que haja tal integração é fundamental que esses profissionais tenham conhecimento das funções estomatognáticas assim como as alterações, causas e prejuízos morfofuncionais. O sucesso do tratamento depende do diagnóstico e intervenção precoce, juntamente com a realização de programas preventivos durante o desenvolvimento da criança <sup>6</sup>.

Uma pesquisa na forma de questionário envolvendo odontopediatras, ortodontistas, fonoaudiólogos, pediatras e psicólogos abordou os hábitos orais de sucção não-nutritiva, dedos e chupeta. Após a análise dos dados concluiu-se que o aleitamento materno é o melhor método de prevenção de hábitos orais deletérios, e que apesar desses hábitos serem a problemática comum desses profissionais, existe pouca interação entre as especialidades, comprometendo, dessa maneira, o sucesso na prevenção e tratamento desses casos <sup>7</sup>.

Outra pesquisa analisou a interação entre fonoaudiólogos e cirurgiões-dentistas através de um questionário respondido por 52 profissionais, dentre as especialidades de Odontopediatria, Ortopedia Facial, Ortodontia, Periodontia e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial que atuam na capital sul-matogrossense. Os resultados mostraram que os cirurgiões-dentistas costumam encaminhar pacientes, com frequência, para avaliação fonoaudiológica, demonstrando a existência de relativa interação entre os dois profissionais, e com trocas de informações ao longo do tratamento. A despeito, existe em muitos casos, falta de conhecimento sobre quais casos necessitam de intervenção fonoaudiológica e o momento apropriado para a realização da mesma. Destacou-se a ineficiência na divulgação do trabalho fonoaudiológico por parte da classe, sendo necessária maior divulgação da técnica, a fim de que se estabeleça diálogo franco entre cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos, culminando no aperfeiçoamento profissional <sup>8</sup>.

Também pesquisando a interação entre profissionais, avaliou-se a interação da Fonoaudiologia com a Ortodontia e a Odontopediatria, através da aplicação de um questionário direcionado a ortodontistas e odontopediatras, da cidade de Anápolis (GO). O questionário, com perguntas abertas teve como objetivo avaliar a inter-relação entre as especialidades e a indicação de pacientes à Fonoaudiologia, por parte dos cirurgiões-dentistas. Os profissionais responderam que sabem o que é Fonoaudiologia e que indicam pacientes para a terapia fonoaudiológica em diversos casos. Porém, baseadas nas respostas, as autoras concluíram que o papel da Fonoaudiologia nas especialidades odontológicas ainda não se encontra totalmente definido <sup>9</sup>.

O trabalho em equipe deve se embasar nos “4C”: coerência, comunicação, compreensão e coordena-

ção. O modo de trabalhar necessita ser aberto e de correto estilo profissional. Assim, a relação com os profissionais deve ser clara, precisa e ampla, para se evitar equívocos, erros ou retrocessos, pois trabalhar em equipe é enfrentar um problema comum a várias especialidades em que são enfocados diferentes pontos de vista, visando o benefício do paciente. Alguns fatores caracterizam a estreita inter-relação entre a Odontologia e a Fonoaudiologia, como o caráter anatômico, por ser a boca o órgão da mastigação e da fonação, e o caráter funcional, baseado na correspondência entre a forma e a adaptação<sup>10</sup>.

A riqueza de um trabalho interdisciplinar, além de se buscar um objetivo comum, está também condicionada aos níveis de conhecimento e experiência das pessoas especialistas da equipe e isto é importante porque permite comparar conhecimentos, fortalecendo a idéia de que estes são transitórios, questionáveis e necessitam ser debatidos. Mas esta prática não é fácil<sup>11</sup>.

Apesar de haver, muitas vezes, o uso indiscriminado de termos como equipe multidisciplinar, interdisciplinar e outros, sugere-se o uso de Equipe ou Trabalho Multiprofissional quando do trabalho em equipe com profissionais de outras áreas, pois cada profissional desta equipe tem distintas especialidades, mas nem sempre com interesse comum. Quando houver o interesse comum, visando a um mesmo objetivo, será uma Equipe Interdisciplinar<sup>12</sup>.

Foi realizado um estudo longitudinal envolvendo 18 crianças portadoras de deglutição atípica, com idade média de 9,5 anos. A amostra foi dividida em 2 grupos. No grupo A foi realizada terapia miofuncional associada à mecânica ortodôntica, e o grupo B submetido apenas ao tratamento ortodôntico, que consistia no uso de placa reeducadora e placa impedidora, com a finalidade de corrigir os padrões e alterações de posicionamento lingual. Analisou-se o índice de recidiva de deglutição atípica após 3 anos, verificando que houve um comportamento semelhante entre os grupos. A recidiva ocorrida foi em apenas um paciente do grupo B, mas esta não pôde ser relacionada à técnica de tratamento utilizada, porém os autores concluíram que, em termos gerais, a terapia miofuncional associada ao uso das placas ortopédicas forneceu melhores condições para mudanças na deglutição, tanto em posição de repouso quanto na realização da função<sup>13</sup>.

Outro estudo foi desenvolvido focalizando o trabalho fonoaudiológico em Motricidade Orofacial através da Intervenção Fonoaudiológica Breve (IFB) junto a pacientes de um Curso de Especialização em Ortodontia. A IFB referia-se a terapia miofuncional/mioterapia (TM/M) com limitações, porém sistematizada, que teve como objetivo tratar os aspectos alterados identificados na avaliação inicial (respiração,

alimentação, hábitos orofaciais, higiene oral e postura corporal/atividade física) em 53 pacientes, com idades entre 8 e 15 anos, cujas limitações em forma impediam a TM/M convencional. Todos faziam uso de aparelho ortodôntico ou ortopédico. Esta intervenção tinha o objetivo de prevenir maiores alterações orgânicas e funcionais. Realizou-se a IFB com 33 pacientes, em grupo (com a presença constante de um mesmo adulto responsável), dividido por faixa etária, em 08 sessões. Compararam-se os dados destes pacientes tratados com os dos 21 não tratados e concluiu-se que a IFB foi efetiva, de significativa vantagem quanto a assertiva alimentar, respiração diurna/postura labial, correção de hábitos orofaciais e higiene oral<sup>14</sup>.

Realizou-se um trabalho multidisciplinar entre ortodontistas e fonoaudiólogos, com 40 pacientes especiais, portadores de má oclusão e respiração oral. A equipe era composta por 17 cirurgiões-dentistas participantes do curso de Ortopedia Funcional dos Maxilares, realizado no Centro de Aperfeiçoamento Profissional e Especialização do Sindicato dos Odontologistas de São Paulo e, por 15 fonoaudiólogas. Receberam apoio de psicólogos, otorrinolaringologistas e odontopediatras. Ao final de um ano de tratamento puderam observar ótimos resultados, uma vez que as avaliações, planos de tratamento e altas foram estabelecidas em conjunto. Paralelo a este trabalho clínico multidisciplinar, os profissionais responderam a um questionário relacionado ao assunto. Neste questionário, fonoaudiólogas e ortodontistas afirmaram que já tinham vivenciado o trabalho integrado em seus consultórios, porém muitas vezes, as decisões eram tomadas de maneiras individuais, diferentemente dos atendimentos realizados durante o curso, que demonstraram excelentes resultados<sup>15</sup>.

Um estudo comparou 17 pacientes, na faixa etária de 12 a 18 anos, em tratamento ortodôntico, com e sem terapia fonoaudiológica. Todos eles apresentavam dentição permanente saudável e má oclusão Classe II de Angle. Foram submetidos à avaliação da mastigação, antes do início do tratamento com ortodontia fixa. Houve a divisão em dois grupos, sendo que um recebeu somente o tratamento ortodôntico, e outro, o atendimento ortodôntico e fonoaudiológico. Em ambos os grupos foram realizadas duas reavaliações da mastigação. Foi verificado, através da análise dos resultados do tratamento ortodôntico dos pesquisados, que as alterações miofuncionais orofaciais e cervicais são corrigidas ou amenizadas com a intervenção fonoaudiológica através de terapias empregadas pela Motricidade Orofacial. Concluiu-se que mesmo com a oclusão corrigida, a mastigação continuou alterada, sendo necessário, portanto, a intervenção fonoaudiológica. Também existem casos em que as alterações estomatognáticas são auto-corrigidas com a finalização do tratamento ortodôntico<sup>16</sup>.

Relatou-se um caso clínico de criança de 4 anos de idade submetida à avaliação odontológica e fonoaudiológica. Após o diagnóstico interdisciplinar, iniciou-se o tratamento ortopédico dos maxilares com o uso do expansor e, posteriormente ao uso deste aparelho foi feita a tração maxilar com o uso da máscara facial. Neste momento, também houve início da terapia fonoaudiológica, que foi realizada num total de 31 sessões. Ao término do tratamento, observou-se normalidade nas questões musculares e oclusais, permitindo concluir que o aspecto fundamental para o sucesso do tratamento é o diagnóstico precoce tanto dos problemas faciais e oclusais quanto dos funcionais, alertando para a importância da terapia interdisciplinar<sup>17</sup>.

Um caso clínico também foi relatado envolvendo uma criança com 7 anos e 10 meses de idade, em fase de dentição mista e respiradora oral, com o hábito de sucção do polegar. Apresentava mordida aberta anterior, inclinação vestibular acentuada dos incisivos superiores, projeção lingual, hipotonia muscular perioral. A abordagem interdisciplinar, através da atuação conjunta do odontopediatra, fonoaudiólogo e psicólogo foi responsável pelo sucesso da remoção do hábito de sucção do polegar<sup>18</sup>.

Outro estudo também comparou, por meio de avaliação fonoaudiológica miofuncional, a respiração e a mastigação de pacientes em tratamento ortodôntico com e sem intervenção fonoaudiológica associada. A amostra com 17 sujeitos, apresentando idade média de 13 anos, foi dividida em dois grupos: Grupo Ortodôntico (GO) e Grupo Ortodôntico/Fonoaudiológico (GOF). Ambos os grupos foram submetidos à avaliação fonoaudiológica miofuncional. A terapia miofuncional iniciou-se com a função respiratória, já que as alterações no padrão respiratório independem da má oclusão. A função mastigatória começou a ser trabalhada a partir do momento que haviam ocorrido modificações na relação oclusal que poderiam estar causando atípicas no padrão mastigatório. Os grupos foram reavaliados duas vezes no período da intervenção fonoaudiológica e uma última avaliação foi feita na fase final do tratamento ortodôntico. A intervenção fonoaudiológica no grupo GOF, foi realizada com sessões de 15 minutos a cada 21 dias, portanto, diferente do processo terapêutico em que as sessões são semanais e com tempo maior. Concluiu-se que o tratamento ortodôntico propiciou modificações no padrão respiratório e na mastigação, contudo no grupo em foi realizada intervenção fonoaudiológica mostrou-se mais efetivo, diminuindo a possibilidade de recidivas<sup>19</sup>.

Apresentou-se um caso clínico cuja evolução terapêutica no tratamento multidisciplinar não foi satisfatória, tanto do ponto de vista ortodôntico como fonoaudiológico, comprometendo o resultado final. A evolução do prognóstico do tratamento de desequilíbrio

do Sistema Sensório Motor Oral se mostrou lenta e não houve o envolvimento familiar com o tratamento. A criança, respiradora oral fez uso da mamadeira e chupeta até os 4 anos de idade, fatos que provavelmente contribuíram com o desequilíbrio do sistema estomatognático, como desalinhamento dos dentes, flacidez da musculatura facial, alteração na respiração, mordida cruzada dos caninos, bilateralmente, com mordida aberta anterior. Apesar do fato da criança realizar a terapia fonoaudiológica na frequência de uma vez por semana e possuir consciência do trabalho e conhecimento dos objetivos de todos os exercícios realizados, os resultados não foram os esperados. A proposta era que se obtivesse a normalização funcional e morfológica, através de exercícios mioterápicos realizados em seqüência lógica, buscando a aquisição e o estabelecimento de um novo padrão das funções neurovegetativas. Concluiu-se que o fracasso no atendimento multidisciplinar do menor coube principalmente à dificuldade dos profissionais quanto à motivação e quanto ao envolvimento dos familiares<sup>20</sup>.

O tema - Inter-relação profissional - é extremamente importante não só para ortodontistas, odontopediatras e ortopedistas faciais, mas também para o clínico e os especialistas que trabalham com uma visão global e vêem o paciente como um ser complexo no qual, muitos aspectos, inclusive os emocionais, podem desencadear problemas orgânicos e/ou funcionais. Vários distúrbios podem afetar o sistema estomatognático, em menor ou maior grau, em suas funções ou estruturas, e o fonoaudiólogo, é um profissional que deve fazer parte da equipe.

Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo abordar aspectos da inter-relação entre a Odontologia e a Fonoaudiologia e envolveu ortodontistas e/ou ortopedistas faciais, odontopediatras e fonoaudiólogos.

## ■ MÉTODOS

Para este estudo, foram elaborados três questionários, distintos entre si, porém inter-relacionados, dirigidos aos ortodontistas/ortopedistas faciais, odontopediatras e fonoaudiólogos, respectivamente, que exerciam suas atividades profissionais na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS) no ano de 2005.

As questões buscaram levantar dados e informações sobre a atuação profissional, além de indagações referentes à inter-relação entre estas especialidades.

A seleção da amostra foi feita baseada numa consulta junto ao Conselho Regional de Odontologia/MS, que forneceu a relação dos cirurgiões-dentistas, especialistas em Ortodontia/Ortopedia Facial e Odontopediatria. A relação fornecida continha o nome

dos profissionais, endereço, telefone e e-mail, perfazendo um total de 70 ortodontistas e ortopedistas faciais e 60 odontopediatras.

Do total de 130 profissionais, considerando uma prevalência de 50% ( $\pm 6\%$ ), ao nível de significância de 5%, foi obtida uma amostra composta por 87 profissionais, conforme foi definido pelo Programa Estatístico EpiInfo (Organização Mundial da Saúde).

Ficou estabelecido que a técnica de amostragem seria não-probabilística por cotas, pois para isto, a amostra deveria abranger no mínimo, para fins estatísticos, 47 ortodontistas e 40 odontopediatras, mas sem sorteio prévio, se na primeira tentativa, não conseguisse a resposta do profissional, já poderia substituí-lo por qualquer profissional da mesma especialidade. Na amostra, havia também 5 profissionais que possuíam as duas especialidades.

Foi feita uma outra consulta ao Conselho Federal de Fonoaudiologia, para a obtenção da relação de fonoaudiólogos, com especialidade em Motricidade Oral. A relação continha o total de 21 especialistas,

deste total, obteve-se a participação de 14 profissionais, correspondendo a 67% da população alvo.

Embora seja comprovado que a Ortopedia Facial tem uma concepção diferente da Ortodontia, optou-se pela unificação de ambas as especialidades, conforme consta no Conselho Regional de Odontologia/MS.

Primeiramente, foi enviado aos profissionais um e-mail, com uma pequena apresentação da pesquisa indicando a finalidade e a importância da sua colaboração, juntamente com o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Num segundo momento, os questionários foram distribuídos nos consultórios e clínicas odontológicas e, posteriormente, recolhidos após o preenchimento pelos profissionais.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o nº 522/05.

A análise dos dados foi tabulada e apresentada por meio de representação gráfica, contendo frequência absoluta e relativa.

#### QUESTIONÁRIO - ORTODONTIA/ORTOPEDIA FACIAL

NÃO É NECESSÁRIA A IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

\*Se encontrar mais de uma resposta correta, pode assinalar.

Tempo de formado: .....

Idade: ..... Sexo: .....

Local de trabalho:

( ) consultório ( ) serviço público ( ) Docente

1. Qual a sua formação:

Clínica Geral ( ) Especialidade (s): .....

Mestrado ( ) em.....

Doutorado ( ) em.....

2. Você acha importante a interação da Odontologia com a Fonoaudiologia?

( ) sim ( ) não

3. Em qual área que você acha que a Fonoaudiologia pode ajudar no tratamento odontológico?

( ) linguagem (oral/fala e escrita)

( ) audiologia (audição: exames e reabilitação)

( ) motricidade orofacial ( musculatura e funções do sistema estomatognático)

( ) voz (reabilitação, impoção)

( ) nenhuma

( ) outra área fonoaudiológica

Por que? .....

4. Qual a porcentagem aproximada de sua clientela que costuma indicar para avaliação e/ou tratamento fonoaudiológico?

( ) nunca indico ( ) até 5% ( ) de 6 a 10%

( ) de 11 a 20% ( ) 21 a 30% ( ) mais de 30% Quanto: .....

5. Em caso afirmativo qual o motivo?.....

6. Você sente resistência do paciente em consultar a fonoaudióloga quando indicado?

( ) sim ( ) não

7. Se você já indicou algum paciente para tratamento fonoaudiológico, você normalmente observa resultados:

( ) positivos ( ) negativos ( ) indiferentes ( ) depende do paciente ( ) outro .....

8. Você sabe em que casos há indicação para fonoaudióloga(o) com intuito do tratamento da motricidade orofacial?

( ) sim ( ) não

Quais?.....

9. Nos casos em tratamento fonoaudiológico, você aguarda a alta deste para dar a alta ortodôntica?

( ) em 100% dos casos

( ) em alguns casos. Qual a porcentagem ? .....

( ) nunca

10. Nos casos dos tratamentos ortodônticos com recidivas, você atribuiria à falta de participação do tratamento fonoaudiológico?

( ) em 100%

( ) em alguns casos. Qual a porcentagem dos casos? .....

( ) nunca ( ) não sei

QUESTIONÁRIO – ODONTOPEDIATRIA

NÃO É NECESSÁRIA A IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

\*Se encontrar mais de uma resposta correta, pode assinalar.

Tempo de formado: .....

Idade: ..... Sexo: .....

Local de trabalho:

( ) consultório ( ) serviço público ( ) Docente

1. Qual a sua formação:

Clínica Geral ( ) Especialidade (s): .....

Mestrado ( ) em.....

Doutorado ( ) em.....

2. Você acha importante a interação da Odontologia com a Fonoaudiologia?

( ) sim ( ) não

3. Em qual área que você acha que a Fonoaudiologia pode ajudar no tratamento odontológico?

( ) linguagem (oral/fala e escrita)

( ) audiologia (audição: exames e reabilitação)

( ) motricidade orofacial ( musculatura e funções do sistema estomatognático)

( ) voz (reabilitação, impostação)

( ) nenhuma

( ) outra área fonoaudiológica

Porque?.....

4. Qual a porcentagem aproximada de sua clientela que costuma indicar para avaliação e/ou tratamento fonoaudiológico?

( ) nunca indico ( ) até 5% ( ) de 6 a 10%

( ) de 11 a 20% ( ) 21 a 30% ( ) mais de 30% Quanto: .....

5. Em caso afirmativo qual o motivo?.....

6. Você sente resistência do paciente em consultar a fonoaudióloga quando indicado?

( ) sim ( ) não

7. Se você já indicou algum paciente para tratamento fonoaudiológico, você normalmente observa resultados:

( ) positivos ( ) negativos ( ) indiferentes ( ) depende do paciente

( ) outro .....

8. Você sabe em que casos há indicação para fonoaudióloga(o) com intuito do tratamento da motricidade orofacial?

( ) sim ( ) não

Quais?.....

## QUESTIONÁRIO – FONOAUDIOLOGIA

NÃO É NECESSÁRIA A IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

\*Se encontrar mais de uma resposta correta, pode assinalar.

Tempo de formado: .....

Idade: ..... Sexo: .....

Local de trabalho:

consultório  serviço público  Docente  Outro.....

1. Qual a sua formação:

Graduação  Especialidade (s): .....

Mestrado  em.....

Doutorado  em.....

2. Você acha importante a interação da Odontologia com a Fonoaudiologia?

sim  não

3. Qual a percentagem de sua clientela indicada pelos odontólogos?

nenhuma indicação  até 5%  de 6 a 10%  de 11 a 20%

21 a 30%  31 a 50%  mais de 50% Quanto: .....

4. Em caso afirmativo qual o motivo? .....

5. Você sente resistência do odontólogo na indicação de pacientes para avaliação e/ou tratamento fonoaudiológico?

sim  não

6. Você sente resistência do paciente em consultar a fonoaudióloga quando indicado?

sim  não

7. Nos casos do trabalho conjunto do odontólogo e fonoaudiólogo, o dentista aguarda a alta fonoaudiológica para dar a alta ortodôntica?

em 100% dos casos

em alguns casos. Qual a percentagem? .....

nunca

8. Nos casos dos tratamentos ortodônticos com recidivas, você atribuiria à falta de participação do tratamento fonoaudiológico?

em 100%

em alguns casos. Qual a percentagem dos casos? .....

nunca

não sei

9. Após alta do tratamento fonoaudiológico e ortodôntico, você atribuiria as recidivas, devido a falta de acompanhamento fonoaudiológico após a alta?

em 100%

em alguns casos. Qual a percentagem dos casos? .....

nunca

não sei

## ■ RESULTADOS

Após a aplicação dos 103 questionários junto a 49 ortodontistas/ortopedista facial, 40 odontopediatras e 14 fonoaudiólogos, obteve-se os resultados que seguem abaixo.

A maior parte dos ortodontistas apresenta de 16 a 20 anos de tempo de formado, faixa etária entre 31 a 35 anos, e gênero masculino. A maioria dos odontopediatras e fonoaudiólogos têm entre 16 e 20 anos de formado. No entanto, a faixa etária da maior parte dos odontopediatras está entre 36 a 40 anos; já as fonoaudiólogas entre 41 a 45 anos. Observou-se que 100% dos profissionais da Fonoaudiologia são mulheres, e o mesmo gênero na Odontopediatria apareceu em 92,5% dos pesquisados. O consultório é o local de trabalho em que os profissionais mais exercem sua profissão.

Dos 49 ortodontistas, nove apresentam mestrado e um possui doutorado, sendo que nove profissionais apresentam outra especialidade além da Ortodontia. Já dos 40 odontopediatras, oito possuem mestrado e dois doutorado, sendo que 11 odontopediatras apresentam outra especialidade. Das 14 fonoaudiólogas, todas são especialistas em Motricidade Oral, três apresentam outra especialidade associada, e quatro profissionais fizeram mestrado.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de ortodontistas e odontopediatras em relação às áreas nas quais a Fonoaudiologia pode ajudar no tratamento odontológico.

Na Tabela 2 observa-se a distribuição de ortodontistas e odontopediatras segundo percentual de encaminhamentos de sua clientela a

fonoaudiólogos.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos encaminhamentos recebidos pelos fonoaudiólogos dos cirurgiões-dentistas.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos ortodontistas, odontopediatras e fonoaudiólogos, em relação à resistência do paciente em consultar o fonoaudiólogo, e a Tabela 5 a distribuição dos fonoaudiólogos em relação à resistência do cirurgião-dentista na indicação de pacientes para tratamento fonoaudiológico.

Na Tabelas 6 há a distribuição dos ortodontistas e odontopediatras em relação aos resultados do tratamento do paciente indicado para a Fonoaudiologia. Na Tabela 7 há a distribuição destes profissionais quando da indicação de casos para tratamento da Motricidade Orofacial e na Tabela 8, as justificativas para este tratamento. A Tabela 9 mostra a distribuição dos fonoaudiólogos segundo os motivos citados pelos mesmos para o recebimento de pacientes indicados pelos cirurgiões-dentistas.

A Tabela 10 apresenta a distribuição de ortodontistas em relação ao percentual de casos da espera da alta fonoaudiológica para a concessão da alta ortodôntica, e a Tabela 11 mostra os mesmos dados a partir das respostas dos fonoaudiólogos.

As Tabelas 12 e 13 referem-se aos dados de recidivas ortodônticas. Na tabela 12 há a distribuição da porcentagem de casos ortodônticos com recidivas atribuídas à falta de participação do tratamento fonoaudiológico e na Tabela 13 há a distribuição dos fonoaudiólogos em relação à porcentagem de casos ortodônticos com recidivas atribuídas à falta do acompanhamento fonoaudiológico após a alta.

**Tabela 1 – Distribuição em números absolutos (N) e percentagem de ortodontistas e odontopediatras em relação às áreas nas quais a Fonoaudiologia pode ajudar no tratamento odontológico**

Área da Fonoaudiologia	ortodontistas		odontopediatras	
	N	%	N	%
Não respondeu	1	2,0	0	0
Motricidade Oral	47	95,9	40	100,0
Linguagem	35	71,4	33	82,5
Voz	23	46,9	20	50,0
Audiologia	17	34,7	20	50,0

NOTA: Cada ortodontista e odontopediatra poderia responder uma ou mais alternativas.

A porcentagem dos ortodontistas é relativa a 40 profissionais e dos odontopediatras, a 49.

**Tabela 2 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de ortodontistas e odontopediatras segundo percentual de encaminhamentos de sua clientela a fonoaudiólogos**

Encaminhamentos	ortodontistas		odontopediatras	
	N	%	N	%
Não responderam	0	0	4	10,0
Nunca	1	2,0	1	2,5
Até 5%	10	20,4	11	27,5
6 – 10%	16	32,7	10	25,0
11 – 20%	8	16,3	2	5,0
21 – 30%	10	20,4	11	27,5
Mais de 30%	4	8,2	1	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de fonoaudiólogos segundo percentual de encaminhamentos recebidos dos cirurgiões-dentistas**

Encaminhamentos	N	%
Nenhuma	0	0,0
Até 5%	4	28,6
6 – 10%	1	7,1
11 – 20%	5	35,7
21 – 30%	1	7,1
Mais de 30%	3	21,4
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de ortodontistas, odontopediatras e fonoaudiólogos, em relação à resistência do paciente em consultar o fonoaudiólogo**

Resistência do paciente	ortodontistas		odontopediatras		fonoaudiólogos	
	N	%	N	%	N	%
Não respondeu	0	0	3	7,5	0	0
Sim	35	71,4	19	47,5	10	71,4
Não	14	28,6	18	45,0	4	28,6
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 5 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de fonoaudiólogos em relação à resistência do cirurgião-dentista na indicação de pacientes para tratamento fonoaudiológico**

Resistência do cirurgião dentista	N	%
Sim	8	57,1
Não	6	42,9
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 6 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de ortodontistas e odontopediatras em relação aos resultados do tratamento do paciente indicado para a Fonoaudiologia**

Resultado	ortodontistas		odontopediatras	
	N	%	N	%
Não respondeu	0	0	1	2,5
Depende do paciente	25	51,0	20	50,0
Positivos	24	49,0	22	55,0
Negativos	3	6,1	0	0
Indiferente	2	4,1	0	0
Outro	1	2,0	0	0

NOTA: Cada Ortodontista e Odontopediatra poderia responder uma ou mais alternativas.

A porcentagem dos ortodontistas é relativa a 40 profissionais e dos odontopediatras, a 49.

**Tabela 7 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de ortodontistas e odontopediatras em relação à indicação de casos para tratamento da Motricidade Orofacial**

Encaminhamento para Motricidade Orofacial	ortodontistas		odontopediatras	
	N	%	N	%
Não respondeu	2	4,1	5	12,5
Sim	43	87,8	29	72,5
Não	4	8,2	6	15,0
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 8 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de ortodontistas e odontopediatras em relação às justificativas para o encaminhamento para tratamento da Motricidade Orofacial**

Justificativa	ortodontistas		odontopediatras	
	N	%	N	%
Não responderam	12	24,5	16	40,0
Desconhecem	4	8,2	6	15,0
Questões funcionais	37	75,5	25	62,5
Questões musculares	18	36,7	13	32,5
Questões ortodônticas	7	14,2	7	17,5
Outras patologias	4	8,1	0	0
Outras causas	2	4,1	0	0
Questões posturais	0	0	3	7,5
Paralisia facial	0	0	1	2,5

NOTA: Cada ortodontista e odontopediatra poderia responder uma ou mais alternativas.  
A porcentagem dos ortodontistas é relativa a 40 profissionais e dos odontopediatras, a 49.

**Tabela 9 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de fonoaudiólogos segundo os motivos citados pelos mesmos para o recebimento de pacientes indicados pelos cirurgiões-dentistas**

Motivos	N	%
Distúrbios da respiração, mastigação e deglutição	12	85,7
Distúrbio de fala	10	71,4
Malformações craniofaciais congênitas	0	0,0
Disfunções craniomandibulares	1	7,1
Neonatalogia	0	0,0
Distúrbios neuromusculares	0	0,0
Gerontologia	0	0,0
Estética facial	0	0,0

NOTA: Cada fonoaudiólogo poderia citar um ou mais motivos.  
A porcentagem é relativa a 14 profissionais.

**Tabela 10 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de ortodontistas em relação ao percentual de casos da espera da alta fonoaudiológica para a concessão da alta ortodôntica**

Alta fonoaudiológica para posterior alta ortodôntica	N	%
Nunca	5	10,2
Até 30%	3	6,1
31 – 60%	5	10,2
61 – 99%	3	6,1
Em 100%	19	38,8
Não citaram a porcentagem	14	28,6
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 11 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de fonoaudiólogos segundo percentual de casos da espera da alta fonoaudiológica para a concessão da alta ortodôntica**

Alta fonoaudiológica para posterior alta ortodôntica	N	%
Nunca	0	0,0
Até 30%	3	21,4
31 – 60%	4	28,6
61 – 99%	0	0,0
Em 100%	1	7,1
Não citaram a porcentagem	6	42,9
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 12– Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de ortodontistas em relação ao percentual de casos dos tratamentos ortodônticos com recidivas atribuídas à falta de participação do tratamento fonoaudiológico**

Recidivas atribuídas à falta de participação do fonoaudiólogo	ortodontistas		fonoaudiólogos	
	N	%	N	%
Não sei	3	6,1	1	7,1
Nunca	2	4,1	0	0,0
Até 30%	16	32,7	0	0,0
31 – 60%	5	10,2	3	21,4
61 – 99%	3	6,1	4	28,6
Em 100%	2	4,1	0	0,0
Não citaram a porcentagem	18	36,7	6	42,9
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 13 – Distribuição em números absolutos (N) e porcentagem de fonoaudiólogos em relação ao percentual de casos dos tratamentos ortodônticos com recidivas atribuídas à falta do acompanhamento fonoaudiológico após a alta**

Recidivas atribuídas à falta do acompanhamento do fonoaudiólogo	N	%
Nunca	1	7,1
Até 30%	2	14,3
31 – 60%	1	7,1
61 – 99%	1	7,1
Em 100%	0	0,0
Não citaram a porcentagem	9	64,4
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

## ■ DISCUSSÃO

Os dados levantados inicialmente indicam que os profissionais pesquisados buscam informações, investem na formação e são atuantes. A totalidade dos participantes afirmou ser importante a interação entre as duas áreas e este resultado concorda com os achados da literatura científica que considera importante a integração entre os profissionais cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos<sup>1,2,4-6,8,10,14-16,20-22</sup>.

De acordo com a Tabelas 1, 95,9% dos ortodontistas e 100% dos odontopediatras citaram

que a área da Motricidade Oral é a especialidade da Fonoaudiologia que mais pode ajudar no tratamento odontológico, mas demonstraram ter conhecimento de todas as áreas de atuação fonoaudiológica.

Logo, o cirurgião-dentista compreende as várias áreas da atuação fonoaudiológica, mas confirma que a maior parte do trabalho interdisciplinar relaciona-se aos distúrbios do sistema estomatognático, na área fonoaudiológica da Motricidade Oral. O sistema estomatognático é o campo comum do trabalho do cirurgião-dentista e fonoaudiólogo<sup>1</sup>. Apesar dessa especialidade ser a área comum da Odontologia e

Fonoaudiologia ainda existem falhas na divulgação do trabalho desta junto à anterior, pois a atuação do fonoaudiólogo nas especialidades não se encontra totalmente definido<sup>8,9</sup>.

Um fato pode justificar a visão de alguns profissionais sobre a “falta de definição” do trabalho fonoaudiológico: o tratamento em motricidade orofacial no Brasil, diferentemente do que acontece nos Estados Unidos, não se baseia em programas de terapia, raramente existindo um programa pré-definido ou estruturado de intervenção, mas vantagens e desvantagens nas duas formas de trabalho são observadas<sup>21</sup>.

O trabalho do Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia também merece ser destacado quando se fala em sistematização do trabalho fonoaudiológico em Motricidade Orofacial. Desde 2001 documentos têm sido elaborados para melhor orientar o fonoaudiólogo especialista na área<sup>3</sup>.

Há também publicações mostrando que tanto a teoria quanto a prática apontam que uma porcentagem significativa de pacientes ortodônticos tem certas alterações miofuncionais orofaciais e cervicais (como a respiração, mastigação e deglutição) amenizadas ou corrigidas com a intervenção fonoaudiológica<sup>14,15,22</sup>. O mesmo não ocorre somente com a intervenção ortodôntica, visto que há casos que finalizam o tratamento ortodôntico com estas alterações auto-corrigidas. Estes dados supõem que há indicações específicas para o trabalho fonoaudiológico junto a casos ortodônticos.

De acordo com as Tabelas 2 e 3, apenas 2% dos ortodontistas e 2,5% dos odontopediatras nunca encaminham pacientes para avaliação e/ou tratamento odontológico. No entanto, a maior parte encaminha seus pacientes, em maior ou menor quantidade. Já as fonoaudiólogas afirmaram que o número de pacientes oriundos de encaminhamentos dos cirurgiões-dentistas é de 11 a 20% de sua clientela, equivalendo a 35,7% dos pesquisados e este dado equivale à média dos encaminhamentos revelados pelos ortodontistas e odontopediatras.

Segundo as tabelas 4 e 5, existe, supostamente, grande resistência do paciente em fazer consulta fonoaudiológica. Esta é a afirmação de 71,4% dos ortodontistas e 47,5% dos odontopediatras. E, 57,1% das fonoaudiólogas afirmaram que parece haver resistência de encaminhamento para avaliação e/ou tratamento fonoaudiológico, por parte dos cirurgiões-dentistas, mas 71,4% destas profissionais também consideram haver a mesma resistência por parte dos pacientes encaminhados. Não se encontrou referência deste dado na literatura, mas é uma realidade observada na prática que pôde ser confirmado com esta pesquisa. O motivo parece estar relacionado aos demais dados levantados.

A tabela 6 revela que a maioria dos ortodontistas e odontopediatras julga que os resultados observa-

dos naqueles pacientes encaminhados para tratamento fonoaudiológico, são positivos ou dependem do grau de colaboração do paciente. Há concordância com a literatura<sup>23,24</sup> de que os resultados dos tratamentos dependem do paciente, pois o mesmo deve ter consciência da finalidade deste e cooperar com o profissional, realizando os exercícios propostos na sua casa, com o apoio da família. O tratamento fonoaudiológico não deve ser encarado como uma obrigação, mas sim como uma terapia que promoverá o restabelecimento de todo o sistema estomatognático. A visita ao ortodontista é mensal, enquanto que a terapia fonoaudiológica pode ser semanal, fora o fato que, nos dias de hoje, o uso dos aparelhos, parece ser questão de modismo, enquanto o tratamento fonoaudiológico não.

Há relato de caso com frustração do trabalho multidisciplinar, atribuindo esse insucesso justamente à dificuldade dos profissionais quanto à motivação e envolvimento do paciente e dos familiares<sup>20</sup>. Alguns aspectos podem ser considerados no sucesso do tratamento fonoaudiológico, como diagnóstico correto, motivação e conscientização, além do envolvimento da família. A avaliação realizada pelo fonoaudiólogo deve ser completa e bem fundamentada, verificando se há possibilidade anatômica e funcional para as mudanças almejadas<sup>25</sup>.

Os ortodontistas e odontopediatras afirmaram que encaminham seus pacientes para o tratamento das alterações relativas ao sistema estomatognático, contudo, alguns não souberam explicar o porquê do encaminhamento para a área da Motricidade Oral (Tabelas 7, 8). Dos profissionais que justificaram, o motivo de encaminhamento mais citado pelas duas categorias de profissionais foi relativo às questões funcionais do sistema estomatognático, como respiração, mastigação, deglutição e fala.

Baptista<sup>26</sup> diz que tratamentos das disfunções do sistema estomatognático devem ser realizados com fonoaudiólogo especialista em Motricidade Oral. Percebe-se também que em todas as justificativas para o encaminhamento ao fonoaudiólogo os pesquisados reconhecem a importância da terapia miofuncional orofacial no tratamento do paciente, assim como vários autores<sup>13-20,23,26-29</sup>.

O fato de a questão funcional ser a mais citada na pesquisa concorda também com vários autores<sup>1,4,5,18,19,24</sup>, pois estes afirmam que a inter-relação Odontologia e Fonoaudiologia está presente nas disfunções funcionais do sistema estomatognático, vista nos casos de respiração oral, mastigação ineficiente, deglutição atípica.

Na história da Odontologia está presente o fato dos ortodontistas terem iniciado a preocupação com as funções exercidas pela boca devido às recidivas ocorridas nos tratamentos ortodônticos. Vários cirurgiões-dentistas têm estudado o assunto, alguns con-

cordando e outros discordando do uso de exercícios para reeducar músculos e as funções orais. Os fonoaudiólogos seguiram os passos da Odontologia, fazendo a avaliação e a reabilitação dos problemas miofuncionais orofaciais, e desde então este assunto tornou-se comum às duas profissões, sendo amplamente estudado com publicações em vários países do mundo <sup>21</sup>.

Antigamente, o trabalho fonoaudiológico em Motricidade Oral (ou Orofacial) era centrado na deglutição e hoje há a reeducação de outras funções alteradas, como a respiração, mastigação e fala <sup>25</sup>. Porém, o momento de se encaminhar um paciente ortodôntico para a avaliação ou intervenção fonoaudiológica tem merecido muitos estudos e discussões <sup>14,22,30,31</sup>.

Há vários aspectos relacionados ao momento e ao tipo da intervenção fonoaudiológica nos casos de alterações da deglutição. A decisão de quando iniciar uma intervenção fonoaudiológica ou mesmo se esta é necessária, deve ser tomada em conjunto entre fonoaudiólogo e ortodontista, antes do início dos tratamentos. É necessário também observar a exigência do meio em que o paciente está inserido, a exemplo da intervenção nos casos de alterações de fala, com ceceio interdental <sup>12</sup>.

Sobre os critérios de alta, 38,8% dos ortodontistas aguardam a alta fonoaudiológica para a concessão da alta ortodôntica. As fonoaudiólogas observaram que em apenas 7,1% de seus pacientes em tratamento ortodôntico, o ortodontista aguarda a finalização do tratamento fonoaudiológico para sua alta (Tabelas 10 e 11). 32,7% dos ortodontistas afirmaram que até 30% de seus casos com recidivas são atribuídos à falta de tratamento fonoaudiológico (Tabela 12).

Concorda-se que a correção ortodôntica só poderá manter-se adequada se harmonizada com o equilíbrio da musculatura do paciente. Assim, parece consenso na literatura que o ortodontista deve aguardar a alta fonoaudiológica para a concessão da alta ortodôntica, pois a estabilidade após a alta ortodôntica é obtida depois o restabelecimento do equilíbrio muscular <sup>4,15,27</sup>.

Alguns estudos referem a possibilidade da auto-correção das funções estomatognáticas somente com a correção ortodôntica, sugerindo alguns critérios para se propor certas técnicas ou enfoques terapêuticos fonoaudiológicos, bem como destacam a necessidade de uma avaliação inicial bem feita com planejamento conjunto <sup>12,22,25</sup>. Com base nesses dados pode-se supor que realmente a alta fonoaudiológica é imprescindível em muitos casos, para que seja dada a alta ortodôntica com segurança, evitando recidivas. Estes seriam os casos em que há relação direta da forma com a função. Porém, pode haver casos em que esta relação não seja direta e, por isso, a alta ortodôntica não precisaria estar vinculada à alta

fonoaudiológica, como por exemplo, em uma alteração de fala em que não haja pressão da musculatura sobre as arcadas dentárias.

É importante também destacar que as pressões exercidas pela língua e lábios na posição habitual são mais significativas e atuantes no desenvolvimento das deformidades oclusais do que as forças exercidas durante a fala, mastigação e deglutição <sup>32</sup>.

Analisando a Tabela 12, 89,8% dos ortodontistas atribuíram a ocorrência de recidivas ortodônticas à falta de participação (ou ausência) do tratamento fonoaudiológico, sendo que 32,7% dos ortodontistas citaram que até 30% de seus casos com recidivas deve-se à falta de multidisciplinaridade. E apenas dois profissionais, o que equivale a 4,1%, afirmaram que 100% dos seus casos com recidivas se devem à falta da cooperação da terapia miofuncional. Um dado interessante, é que três profissionais (6,1%) não souberam responder a questão. Outro dado, é que dois ortodontistas (4,1%) afirmaram que é impossível a recidiva ortodôntica ser oriunda da falta da terapia da Motricidade Oral.

Conforme a Tabela 12, 92,8% das fonoaudiólogas citaram que os casos de recidivas ortodônticas são devido à falta da participação da Fonoaudiologia. Uma fonoaudióloga (7,1%) não soube responder a pergunta.

Nesta questão com os fonoaudiólogos, obteve-se maior percentual em comparação com os ortodontistas no aspecto da ocorrência das recidivas ser devido à falta de participação do tratamento fonoaudiológico.

Há, na literatura, concordância de que a abordagem multidisciplinar diminuiria os riscos de recidivas <sup>2,19,33</sup>.

Com base nos dados da Tabela 13, a maioria das fonoaudiólogas (92,8%) afirmou que as recidivas podem também ocorrer devido à falta de acompanhamento fonoaudiológico após alta deste tratamento, mas em menor número comparado às respostas dos ortodontistas. Uma fonoaudióloga (7,1%) ressaltou que é impossível a recidiva ortodôntica ocorrer devido à falta de acompanhamento fonoaudiológico, após a alta do tratamento da Motricidade Orofacial.

Uma explicação para estas respostas diferentes das fonoaudiólogas pode ser pelo fato da maioria ter considerado a alta seguida dos controles e de uma ter considerado a alta somente após os controles. De qualquer forma, todas pedem atenção a este fato do acompanhamento.

Os ortodontistas visam estabilidade a longo prazo. Mas, existem inúmeras causas das recidivas ortodônticas, abrangendo desde questões relacionadas à técnica ortodôntica utilizada e à experiência do profissional, passando pelo grau de colaboração do paciente quanto a higienização e freqüência ao tratamento, até às alterações miofuncionais orofaciais <sup>28,34</sup>. Outra causa da recidiva refere-se à dor e desconforto

que o aparelho proporciona, aliada à ulcerações de tecidos moles, o que leva o abandono do tratamento, que conseqüentemente, pode provocar recidivas<sup>35</sup>.

Mais uma vez os dados obtidos associados à literatura especializada indicam que as causas das recidivas no tratamento ortodôntico podem ser várias, centradas tanto no paciente como nos profissionais envolvidos (cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos) e suas técnicas terapêuticas.

Ao escrever sobre o sucesso terapêutico relacionado aos distúrbios da deglutição, Bacha<sup>12</sup> destacou que quando se trabalha com reabilitação há o respeito aos limites do paciente e a busca do equilíbrio com as possibilidades reais, apesar das tentativas de respostas ideais. A autora afirma ainda que um paciente pode ter alta após os controles e, depois, por outros motivos, apresentar problemas em decorrência de fatores diferentes, fazendo com que o paciente precise retomar o tratamento fonoaudiológico. Neste mesmo estudo sugere-se que se contorne este aspecto com o investimento no compromisso terapêutico (com o paciente) e no trabalho em equipe, pois o ortodontista ou outro profissional envolvido pode auxiliar quando algum fato diferente ocorrer, concordando com Santomé<sup>11</sup> quanto à im-

portância e a necessidade de se ultrapassar obstáculos quando do trabalho em equipe.

## ■ CONCLUSÕES

Os dados levantados por esta pesquisa, permitem afirmar que em Campo Grande/MS existe a iniciativa para um trabalho integrado do cirurgião-dentista e do fonoaudiólogo, principalmente quando do tratamento de pacientes com comprometimento em funções do sistema estomatognático, mesmo que ainda sejam necessários ajustes quanto aos critérios de alta correlacionados e de julgamento das recidivas. As questões referentes à suposta resistência do paciente e/ou do cirurgião-dentista em relação ao atendimento fonoaudiológico precisam ser melhor analisadas e discutidas.

Os caminhos para a integração dos trabalhos apontam para a atuação em equipe. Este parece ser o grande desafio.

## ■ AGRADECIMENTO

À Elenir R. J. Pontes pelo trabalho estatístico realizado.

## ABSTRACT

**Purpose:** approaching aspects concerning interrelation between Odontology and Speech-Language Pathology in Orofacial Myology. **Methods:** the research was carried out using a questionnaire directed to 49 dentists specialized in orthodontics/facial orthopedics and 40 in pediatric dentistry, as well as to 14 speech-language pathologists (SLP) specialized in orofacial myology, all from Campo Grande/MS. **Results:** there was an opinion consensus among those interviewed concerning the need for interrelationship among the areas, being the stomatognathic system the common performance field of these professionals. The main reasons for SLP treatment are functional questions, but there is supposedly resistance on the part of the patients and dentists in referring to and/or consulting a SLP; and the cases of orthodontic relapses are caused by lack of further treatment in speech-language therapy. **Conclusion:** there is an integrated practice between the dentist and the SLP, although it is necessary to adjust the rules about the correlated discharge and judgment of relapses. A equipment work is still a way to the integration of these professionals looking at adjusted treatment for the patient.

**KEYWORDS:** Dentistry; Pediatric Dentistry; Orthodontics; Speech, Language and Hearing Sciences; Stomatognathic System

## ■ REFERÊNCIAS

1. Bacha SMC. Fonoaudiologia e odontologia: inter-relação profissional. *J Fonoticias*. 1999; 21:7-8.
2. Felício CM. Fonoaudiologia aplicada a casos odontológicos: motricidade oral e audiologia. São Paulo: Pancast; 1999. 243 p.
3. Comitê de Motricidade Orofacial da SBFa. Breve histórico do comitê de Motricidade Oral. In: Comitê de Motricidade Orofacial da SBFa. Motricidade orofacial: como atuam os especialistas. São José dos

Campos: Pulso; 2004. p. 15-24.

4. Padovan BAE. Correlação entre odontologia e fonoaudiologia. *J Bras Ortod Ortop Facial*. 1996; 1(2):34-7.
5. Spinelli MLM, Casanova PC. Respiração bucal. [periódico online]. *Odontologia*. 2002. Disponível em: URL: <http://www.odontologia.com.br>
6. Jorge TM, Duque C, Berretin-Felix G, Costa B, Gomide MR. Hábitos bucais: interação entre odontopediatria e fonoaudiologia. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002; 5(26):342-9.

7. Barrêto EPR, Faria MMG, Castro PRS. Hábitos bucais de sucção não-nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar. *J Bras Fonoaudiol.* 2003; 4(16):6-12.
8. Carvalho PM, Dávila VL. Interfaces entre as atuações terapêuticas fonoaudiológicas e odontológicas. [monografia]. Campo Grande (MS): Universidade Católica Dom Bosco; 2001.
9. Mendes ACS, Costa AA, Nemr K. O papel da fonoaudiologia na ortodontia e na odontopediatria: avaliação do conhecimento dos odontólogos especialistas. *Rev CEFAC* 2005; 7(1):60-7.
10. Segovia ML. Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología: la deglución atípica. 2. ed. Buenos Aires: Panamericana; 1977.
11. Santomé JF. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
12. Bacha SMC. Deglutição: automatização é possível? In: Comitê de Motricidade Orofacial da SBFa. Motricidade orofacial: como atuam os especialistas. São José dos Campos: Pulso; 2004. p. 77-86.
13. Farret MMB, Jurach EM, Tomé MC. Análise do comportamento da deglutição em crianças submetidas a tratamento mioterápico associado ao uso de placas reeducadoras e impedidoras. *Rev Dental Press Ortodont Ortop Facial.* 1997; 2(5):91-5.
14. Bacha SMC, Rísoli CFM. Myofunctional therapy: brief intervention. *Int J Orofacial Myology.* 1999; 25:37-47.
15. Araújo RJH, Araújo RJA, Camargo MEPS, Periotto MC. Integração ortodontia – ortopedia funcional dos maxilares e fonoaudiologia. *Rev Paul Odontol.* 2000; 4(1):24-9.
16. Duarte LI. Comparação entre sujeitos em tratamento ortodôntico com e sem terapia fonoaudiológica. In: IX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2001. Guarapari (ES). São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2001.
17. Bortolozzo MA, Tomé MC, Krüger AR. Terapia interdisciplinar: expansão rápida e tração maxilar com acompanhamento fonoaudiológico. *Rev Dental Press Ortodont Ortop Facial.* 2002; 7(4):69-79.
18. Winz MLP, Castro LA, Primo LG, Marassi C, Freire MFM, Moura NG. Remoção do hábito de sucção do polegar: uma atuação interdisciplinar. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002; 5(28):458-63.
19. Duarte LIM, Ferreira LP. Respiração e mastigação: estudo comparativo. *Rev Dental Press Ortodont Ortop Facial.* 2003; 8(4):79-87.
20. Black B, Soares RRL. Uma experiência clínica: a frustração de um trabalho multidisciplinar. [periódico online]. *Fonoaudiologia.* 2004. Disponível em: URL: <http://www.fonoaudiologia.com.br>
21. Marchesan IQ. Quando, porque e quem inicia o trabalho com deglutição. In: Marchesan IQ. Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 15-32.
22. Bacha SMC, Rísoli CFM. Terapia miofuncional com limitação: uma proposta sistematizada. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2001; 4(1):65-8.
23. Ferreira B. Quando a equipe vai mais longe. *Rev ABO Nac.* 1998; 6(1):14-6.
24. Silva SR. Contando com a fonoaudiologia. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2004; 58(3):167-75.
25. Marquesan IQ. Comparando as diferentes formas de atuação. In: Marquesan IQ. Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países. São José dos Campos; 2005. p. 341-60.
26. Baptista JM. Ortodontia: fundamentos da oclusão e da articulação temporomandibular. Curitiba: Editek; 1996. 367 p.
27. Rossi NJ. Ortopedia funcional integrada à ortodontia fixa. São Paulo: Pancast; 1988. 228 p.
28. Pinzan A, Vargas Neto J, Janson GRP. O paciente ortodôntico quanto ao seu grau de informação e motivação, e suas expectativas acerca do tratamento. *Rev Ortodont.* 1997; 30(3):40-4.
29. Araújo RJA, Campos NHO, Maltagliati AMA, Lino AP. Estabilidade da correção ortodôntica precoce da maloclusão de Classe II, divisão 1ª de Angle. *Rev Paul Odontol.* 2001; 1(1):42-3.
30. Marchesan IQ. Pergunte a um expert. *Rev Clin Ortodont Dental Press.* 2003; 2(6):9.
31. Bacha SMC, Rísoli CFM. Mastication in orofacial myofunctional disorders. *Int J Orofacial Myology.* 2000; 26:57-64.
32. Mocellin M. Respirador bucal. In: Petrelli E. Ortodontia para fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1992. p. 129-44.
33. Henriques JFC, Janson G, Almeida RR, Dainesi EA, Hayasaki. Mordida aberta anterior: a importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento: apresentação de caso clínico. *Rev Dental Press Ortodont Ortop Facial.* 2000; 5(3):29-36.
34. Marchesan IQ. Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo: Pancast; 1993. 71 p.
35. Nascimento JE, Viola MJ, Carvalho LS. Estudo dos fatores: dor e desconforto durante o tratamento ortodôntico. *Rev Ortodont.* 1999; 32(1):81-91.

RECEBIDO EM: 25/07/06

ACEITO EM: 28/08/06

Endereço para correspondência:

Rua Domingos Marques, 961

Campo Grande – MS

CEP: 79003-190

E-mail: sbacha@terra.com.br / tomca@brturbo.com.br