

O PAPEL DO FONAUDIÓLOGO NA PROPOSTA DE UM TRABALHO INTEGRADO COM A ODONTOLOGIA*

The role of the speech-language pathologist in an integrated therapeutic proposal with the Dentists

CLAUDIA MARIA PORTELA LEAL ⁽¹⁾
ANA MARIA RICCI BARION ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: estabelecer o papel que o fonoaudiólogo exerce numa equipe de profissionais da região de Marília, que trabalham com prevenção, intervenção e correção das más oclusões dentárias, mostrando seu campo de atuação nessas alterações e procurando elucidar o momento adequado de sua intervenção. **Métodos:** com dados obtidos por meio de um questionário baseado em tópicos referentes à troca de informações entre ortodontistas, odontopediatras e fonoaudiólogos, foi feita a análise de correlação de Spearman para conhecer a existência de relações entre as variáveis de interesse do estudo. **Resultados:** mostram que os ortodontistas e odontopediatras se baseiam em dados relevantes para a suposição de alterações funcionais, e mantêm contato com o fonoaudiólogo. **Conclusão:** os resultados confirmam uma participação ativa do fonoaudiólogo no momento do diagnóstico e no tratamento das alterações oclusais. Logo, constatamos que, em Marília, esse profissional desempenha importante papel na equipe de profissionais que atuam na saúde do sistema estomatognático.

DESCRIPTORIOS: Assistência ao paciente; Cuidados integrais de saúde; Condutas na prática dos dentistas; Prática profissional; Maloclusão

INTRODUÇÃO

O fonoaudiólogo, especialista em motricidade oral, é o profissional que tem como campo de atuação o diagnóstico, a reabilitação e o aperfeiçoamento dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical, favorecendo estabilidade de sistema estomatognático ⁽¹⁾.

Sabemos que a atuação fonoaudiológica em motricidade oral surgiu de uma necessidade da odontologia, em especial da ortodontia e odontopediatria, pois funções como respiração, deglutição e mastigação são fatores importantes na determinação das condições da arcada dentária ⁽²⁾.

A ortodontia é voltada para o estudo do crescimento, controle, correção e manutenção do complexo craniofacial. A ortodontia releva a importância da ação muscular nas alterações anátomo-funcionais e estéticas faciais, acreditando que pressões musculares inadequadas de lábio e língua são fatores etiológicos ou agravantes das más oclusões ^(1,3-5). A odontopediatria é o ramo da odontologia em que o profissional tem um contato antecipado com paciente infantil e possui a possibilidade de realizar um diagnóstico oportuno, para assim estabelecer tratamento adequado que permita um crescimento e desenvolvimento dentofacial favorável. A relação entre as funções do sistema estomatognático com a morfologia das estruturas adjacentes deixa clara a proximidade entre essas três especialidades ^(1,6-9).

O fonoaudiólogo, tendo um conhecimento dessa unidade dinâmica - que é a boca -, possui melhor compreensão das modificações neuromusculares e funcionais encontradas, estabelecendo uma correlação entre tipologia facial e oclusão com o posicionamento de lábios e língua. Deve familiarizar-se com as diferentes propostas da ortodontia baseando-se em noções de crescimento craniofaciais, de relacionamento entre arcos dentários, já que a relação entre a condição anatômica, as dimensões das estruturas, idade, hábitos e as modificações musculares e funcionais, associadas à postura corporal do indivíduo, são determinantes na indicação do tratamento fonoaudiológico ^(6,9-14).

*Instituição de Origem - Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro

¹Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC)

O interesse em desenvolvermos esta pesquisa surge a partir da realidade do nosso meio profissional, onde notamos a importância da troca de informações entre ortodontistas, odontopediatras e fonoaudiólogos em busca de objetivos determinados. Questionamentos como: qual tem sido a participação do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento das alterações oclusais? nos levaram a acreditar que a integração entre a ortodontia, odontopediatria e a fonoaudiologia pode gerar encaminhamentos em tempos oportunos e tratamentos em momentos adequados, chegando a melhores resultados^(9,15).

O objetivo deste artigo é mostrar o papel que o fonoaudiólogo exerce numa equipe de profissionais da região de Marília, que trabalham com prevenção, intervenção e correção das más oclusões dentárias.

■ MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada com 42 ortodontistas e odontopediatras da cidade de Marília, Estado de São Paulo, região sudeste do Brasil, relacionados a partir da indicação de profissionais atuantes nessa área da odontologia, que correspondem a 51 profissionais.

Foi elaborado um questionário a partir da experiência clínica das autoras, com 13 questões relativas à prática diária dos profissionais envolvidos, focadas em tópicos inter-relacionados.

Aplicamos um projeto piloto com três ortodontistas e dois odontopediatras, que fizeram a análise prévia das questões abordadas, com o objetivo de nos orientar quanto à clareza e objetividade das perguntas. Posteriormente, fizemos as alterações que julgamos necessárias.

A pesquisa em campo foi realizada no período de setembro a novembro de 2002. A data da entrega do questionário foi agendada, e, devido ao curto tempo disponível desses profissionais no ato da entrega, foi feita uma breve explanação da proposta do nosso trabalho. Entregamos também uma carta de consentimento pós-informado, contendo as informações dadas durante a visita, e solicitando a autorização para utilização do material em nossa pesquisa. Com intuito de obter um número significativo de dados para nossa pesquisa, foi estipulado um prazo de 10 dias para recolhimento do material.

Ética: a presente pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) com o nº 063/02, tendo sido considerada sem risco e com necessidade do consentimento livre e esclarecido.

Estatística: obtidos os dados numéricos das questões iniciais, procedeu-se a Análise de Correlação de Spearman, com intuito de verificar a possível correlação entre índices.

Resultados

Dos 42 odontólogos que participaram da pesquisa, 83,0% (35 em 42) referiram informação a respeito do trabalho fonoaudiológico em motricidade oral na graduação e/ou pós-

graduação.

Os resultados mostraram que a suposição de possíveis alterações funcionais do sistema estomatognático ocorre principalmente por meio da observação da posição habitual dos lábios e língua, 88,1% (37 em 42); e de breve avaliação da mastigação, deglutição e fala, 81,0% (34 em 42); seguido de observação informal do paciente, 57,1% (24 em 42); e 28,6% (12 em 42) relataram que sempre solicitam avaliação fonoaudiológica.

Segundo os dados colhidos, a ordem de predominância dos fatores para o diagnóstico da respiração oral foi de 78,6% (33 em 42) para condição de palato; 76,2% (32 em 42) para lábios entreabertos associado ao posicionamento inadequado de língua; 47,6% (20 em 42) para presença de lábios entreabertos e/ou com eversão de lábio inferior; e 45,2% (19 em 42) para posição habitual de língua.

A intervenção em mordida cruzada posterior é feita em seguida ao diagnóstico por 61,9% (26 em 42) dos odontólogos; 52,4% (22 em 42) a fazem a partir dos 6 anos; e apenas 4,8% intervêm a partir dos 9 ou 12 anos.

O procedimento mais utilizado com pacientes que apresentam mordida aberta anterior é a correção ortodôntica, associada ao tratamento fonoaudiológico, 95,1% (39 em 42), embora se observa um índice relevante de 59,5% (25 em 42) quanto à investigação sobre hábitos deletérios; 11,9% (5 em 42) fazem a correção ortodôntica sem acompanhamento fonoaudiológico e com o impedidor de língua; e 2,4% (1 em 42) fazem o tratamento ortodôntico sem acompanhamento fonoaudiológico e sem o impedidor de língua.

Quanto ao procedimento com pacientes que apresentam trespasse horizontal e alteração do posicionamento labial, os resultados mostram uma preferência por iniciar correção ortodôntica e depois encaminhar para o fonoaudiólogo, 64,3% (27 em 42); 31,0% (13 em 42) investigam sobre hábitos deletérios; para 28,6% (12 em 42) o tratamento fonoaudiológico e a correção ortodôntica iniciam juntos; 11,9% (5 em 42) primeiro encaminham para avaliação fonoaudiológica.

Apenas 1 (2,4%) afirmou não trocar informações com o fonoaudiólogo; o contato por telefone é o mais freqüente, 76,2% (32 em 42); 50,0% (21 em 42) o fazem por carta; e 35,7% (15 em 42) pessoalmente.

A respeito da qualidade da troca de informações com o fonoaudiólogo, 42,9% (18 em 42) a julgam muito boa; 35,7% (15 em 42) satisfatória; e 21,4% (9 em 42) insuficiente.

■ DISCUSSÃO

Sabemos que a característica craniofacial é um fator muito importante para determinação da oclusão dentária, mas não podemos esquecer que o equilíbrio entre forças musculares antagonistas da cadeia muscular orofacial é um dos elementos que contribuem para o estabelecimento do balance dentário⁽¹⁻²⁾.

Para a definição da hierarquia de trabalhos interdisciplinares

é preciso determinar se a alteração funcional apresentada está relacionada aos padrões morfológicos alterados, ou se são fatores primários desencadeantes da má oclusão. Assim, estabelecemos o melhor momento para a intervenção fonoaudiológica, e definimos a possibilidade de modificação funcional^(5-6,8-9,12-13).

Com base no objetivo proposto, discutimos os resultados da análise da correlação de Spearman que foram estatisticamente significantes em nível de 5% (0,05). Por meio dessa análise podemos passar a conhecer as relações existentes entre as variáveis de interesse do estudo.

Quem supõe que as alterações funcionais do sistema estomatognático sejam detectadas por intermédio de breve avaliação da mastigação, deglutição e fala, também supõe que essas alterações possam ser detectadas por meio de observação informal do paciente ($p=0,042$). Porém, sabe-se que não devemos nos basear apenas na observação. Primeiro devemos identificar a possível causa da alteração apresentada, reconhecendo se a tipologia facial e a oclusão dentária permitem que a língua permaneça em posição ideal de maneira confortável. Ou seja, o tratamento deve ser direcionado para suas causas e não conseqüências⁽¹³⁾.

Quanto aos aspectos miofuncionais orais relacionados ao diagnóstico da respiração oral, o que encontramos foi: quem supõe que as alterações funcionais do sistema estomatognático sejam detectadas por intermédio da observação informal do paciente crê que a presença de lábios entreabertos, associada à posição inadequada de língua, seja o fator predominante para o diagnóstico da respiração oral ($p=0,048$); quem acha que a presença de lábios entreabertos e/ou com eversão de lábio inferior predomina para o diagnóstico da respiração oral também acredita que a posição habitual da língua é predominante ($p=0,013$). Por outro lado, constatamos que quem supõe que as alterações funcionais do sistema estomatognático sejam detectadas por meio da observação da posição habitual de lábios e língua costuma trocar informações com o fonoaudiólogo ($p=0,006$).

O parecer do médico, assim como uma avaliação da postura corporal do indivíduo, é imprescindível para o diagnóstico e conduta terapêutica do respirador oral.

Numerosos estudos documentam a respiração nasal como maior matriz funcional de crescimento crânio facial; na respiração oral, esse crescimento é alterado. A disfunção da musculatura facial fica bastante evidenciada. É comum encontramos uma musculatura de lábios hipofuncionantes, podendo o superior estar retraído e o inferior com eversão. O equilíbrio muscular normal, formado por forças externas do bucinador e forças internas da língua, é rompido, e a língua perde sua função modeladora do palato para adotar uma posição que facilite a entrada do ar, proteja a orofaringe e tonsilas do impacto da corrente aérea e exerça o papel das narinas de filtrar, umidificar e aquecer o ar. Em conseqüência, pode ocorrer uma

mudança na direção de crescimento da face, pois um dorso de língua elevado e ápice rebaixado inibe o crescimento mandibular e estimula o crescimento da parte anterior da maxila, podendo ocasionar Classe II de Angle. Quando a língua mantém-se baixa e protruída, não exercendo força contrária à que musculatura perioral faz contra as superfícies alveolares dos dentes da arcada superior, pode promover a mordida cruzada posterior. Quando a língua se mantém no assoalho da boca pode direcionar o crescimento da mandíbula para frente favorecendo o prognatismo. A posição de língua entreposta nas arcadas pode causar uma mordida aberta anterior^(5,9-11,13,16-21).

O padrão respiratório deve ser analisado com cautela, pois apenas a presença de lábios entreabertos não implica necessariamente na respiração oral, uma vez que pode ser conseqüência da altura das bases ósseas ou de alterações dentárias. O vedamento da cavidade oral pode estar ocorrendo por uma postura adaptada de língua, ou seja, uma adequação às circunstâncias em defesa à sua sobrevivência^(1,5,13).

A mesma discussão, associada à alteração da posição labial, se aplica para o trespasse horizontal. Os ortodontistas e odontopediatras que supõem que as alterações funcionais do sistema estomatognático sejam detectadas por meio da posição habitual de lábios e língua ($p=0,001$), ou da breve avaliação da mastigação, deglutição e fala ($p=0,012$), não encaminham primeiro para a avaliação fonoaudiológica quando o paciente apresenta trespasse horizontal e alteração da postura labial ($p=0,001$). É muito provável que a alteração esquelética e/ou dentária sejam fatores causais da disfunção orofacial encontrada.

Entre os profissionais questionados, constatou-se que quem investiga sobre hábitos deletérios em pacientes com mordida aberta anterior também o faz com os pacientes que apresentam trespasse horizontal e alteração da postura labial ($p=0,001$). Hábitos de sucção digital, sucção de lábio, uso prolongado de chupeta, onicofagia, entre outros, são considerados como fatores etiológicos de má oclusão, que é determinada por variáveis como tempo, intensidade, duração, frequência e padrão facial. No estudo da literatura, notamos que, com a remoção do hábito, é comum haver uma regressão da alteração oclusal, desde que o padrão oclusal não seja de mordida em topo ou mordida cruzada. Sendo possível um vedamento labial o fonoaudiólogo deve direcionar seu trabalho para a musculatura perioral, já que a pressão exercida pelos lábios sobre os dentes favorece a redução da alteração do plano vertical e horizontal da oclusão. A presença de hábitos deletérios geralmente está associada a fatores emocionais, logo, a atuação de um profissional dessa área se faz necessária^(1,7-9).

Os resultados também mostram que há uma preocupação dos odontólogos em intervir nas mordidas cruzadas antes que se complete o crescimento facial. Quem intervém em mordidas cruzadas posteriores a partir dos seis anos também começa a intervir logo após o diagnóstico ($p=0,001$). Não é papel

do fonoaudiólogo decidir a época ideal de correção dessa alteração oclusal, ou se é uma mordida cruzada óssea ou dentária, porém ele deve estar ciente sobre a real situação do paciente para direcionar sua atuação. Sabemos que o estreitamento do palato resultante da mordida cruzada posterior pode ocasionar o ceceo lateral com distorção dos fonemas sibilantes, além de uma mastigação unilateral, provavelmente do lado em que a dimensão vertical está reduzida, e sem lateralização da mandíbula⁽⁹⁾.

A mastigação estimula o crescimento dos ossos da face, influenciando a harmonia óssea e dentária. Na mastigação unilateral, pode ocorrer um maior crescimento postero-anterior da mandíbula do lado do balanceio, e maior crescimento da maxila do lado do trabalho. E, estando uma função estomatognática alterada, outras provavelmente também estarão por uma adaptação da musculatura envolvida e proximidade entre essas funções⁽⁷⁾.

Com a correção da oclusão, a mastigação pode se tornar satisfatória, mas a persistência da memória do padrão mastigatório pode ocasionar a recidiva da mordida cruzada posterior. O fonoaudiólogo deve atuar após o início da correção ortodôntica ou ao final desta para a estabilização da função, considerando que a mastigação e a respiração são responsáveis pela manutenção de um sistema equilibrado⁽⁹⁾.

Os profissionais que sempre solicitam avaliação fonoaudiológica na presença de alterações funcionais do sistema estomatognático julgam que o contato com o fonoaudiólogo é muito bom ou satisfatório ($p=0,047$). Trabalhar em equipe é enfrentar um problema comum a várias especialidades, focado por diferentes ângulos. O conhecimento dos múltiplos desequilíbrios que ocorrem no complexo

orofacial e suas conseqüências determina a necessidade de colaboração entre o fonoaudiólogo, o ortodontista e odontopediatra. A inter-relação entre os profissionais deve ser clara, ampla e aberta. Devemos conhecer as possibilidades e limitações de cada um dos membros da equipe para favorecer melhor evolução no tratamento das alterações oclusais. A ordem cronológica dos diferentes atos terapêuticos é, portanto, capital para se obter um resultado seguro e, sobretudo durável. Não é possível reeducar respiração, mastigação, deglutição, fala e postura de lábios e língua se alterações da arcada dentária não permitam um bom posicionamento destes, ou mesmo se a obstrução nasal persistir^(1,6,9,21-22).

■ CONCLUSÕES

O que pudemos concluir com esta pesquisa foi que, em Marília, o fonoaudiólogo faz parte da equipe de profissionais que atuam na saúde do sistema estomatognático. No princípio, ele exercia um trabalho voltado para aplicação de técnicas a partir de um diagnóstico realizado pelo ortodontista. Atualmente, o fonoaudiólogo com especialidade em motricidade oral tem freqüente participação junto a odontólogos que trabalham na prevenção, intervenção e correção das más oclusões dentárias, realizando avaliação, auxiliando no diagnóstico e planejando o tratamento das alterações funcionais do complexo orofacial associadas a alterações oclusais.

A informação que os ortodontistas e odontopediatras receberam sobre o trabalho do fonoaudiólogo favoreceu uma inter-relação positiva. Acreditamos que dessa forma a intervenção fonoaudiológica ocorra em momentos adequados, com objetivos bem definidos, favorecendo melhores resultados clínicos.

ABSTRACT

Purpose: to establish the speech pathologist's role in the professional team that works with prevention, intervention and correction of dental malocclusion, showing his work in these alterations, checking the best moment of acting. **Methods:** with the obtained data, by a questionnaire based in topics referring to the exchange of information among orthodontists, dental pediatricians and speech pathologists, it was made the Spearman's correlation analysis to know the existence of relations in the interest variables of this study. **Results:** to show that orthodontists and dental pediatricians are based in relevant data to the supposition of functional alterations and keep in touch with speech pathologists. **Conclusion:** the results confirm an active participation of the speech pathologist at the moment of the diagnosis and in the treatment of occlusive alterations. We verified that in Marília city this professional has an important role in the professional team that acts in the health of the stomatognathic system.

KEYWORDS: Patient care; Comprehensive health care; Dentist's practice patterns; Professional practice; Malocclusion

REFERÊNCIAS

1. Segóvia ML. Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología: la deglución atípica. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1988. 237p.
2. Padovan BAE. Correlação entre odontologia e fonoaudiologia. *J Bras Ortodontia Ortop Maxilar* 1996;1: 73-6.
3. Moyers RE. Ortodontia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. 483p.
4. Petrelli E. Ortodontia para fonoaudiologia. Curitiba: Lovise; 1994. 318p.
5. Bianchini EMC. Avaliação fonoaudiológica da motricidade oral – distúrbios miofuncionais orofaciais ou situações adaptativas. *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial* 2001;6: 73-82.
6. Comin I, Passos Filho LPP. Ortopedia funcional dos maxilares e fonoaudiologia: uma possibilidade terapêutica multidisciplinar. *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial* 1999;4:63-70.
7. Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 108p.
8. Benkert KK. The effectiveness of orofacial myofunctional therapy in improving dental occlusion. *Int J Orofacial Myology* 1997;23:35-46.
9. Marchesan IQ. The speech pathology treatment with alterations of the stomatognathic system. *Int J Orofacial Myology* 2000;26:5-12.
10. Marchesan IQ. O trabalho fonoaudiológico nas alterações do sistema estomatognático. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL, organizadores. *Tópicos em fonoaudiologia 1994*. São Paulo: Lovise; 1994. p.83-96.
11. Marchesan IQ. Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo: Pancast; 1993. 70p.
12. Bianchini EMC. Disfunção da articulação temporomandibular: relações com a deglutição e fala. *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial* 1999;4:55-60.
13. Marchesan IQ. Adapted or atypical thrusting?. *Int J Orofacial Myology* 1999;25:15-7.
14. Bacha SM, Rispoli CF. Myofunctional therapy: brief intervention. *Int J Orofacial Myology* 1999;25:37-47.
15. Jabur LB. Inter-relação entre forma e função na cavidade oral. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL, organizadores. *Tópicos em fonoaudiologia 1994*. São Paulo: Lovise; 1994. p.223-5.
16. Shapiro PA. Stability of open bite treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:566-8.
17. Soares CAS, Totti JI. Hábitos deletérios e suas consequências. *Rev CROMG* 1996;2:21-6.
18. Rahal A, Krakauer LH. Avaliação e terapia fonoaudiológica em respiradores orais. In: Marchesan I, Zorzi J, organizadores. *Tópicos em fonoaudiologia 2002/2003*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.261-7.
19. Freitas MV, Matsumoto MAN. Incidência de má oclusões dentárias em pacientes respiradores bucais. In: Marchesan I, Zorzi J, organizadores. *Tópicos em fonoaudiologia 2002/2003*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.279-87.
20. Krakauer LH, Guilherme A. Relationship between mouth breathing and postural alterations of children: a descriptive analysis. *Int J Orofacial Myology* 2000;26:13-23.
21. Limme M. Conséquences orthodontiques de la respiration buccale. *Rev Belge Med Dent* 1991;46:39-50.
22. Musolino CV, Rodrigues AP. Equipe clínica: uma reflexão sobre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL, organizadores. *Tópicos em fonoaudiologia 1994*. São Paulo: Lovise; 1994. p.207-10.

Bibliografia Consultada

Documento oficial 02/2002 do Comitê de Motricidade Oral da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo: Artcolor Ltda; 2002. 35p.

RECEBIDO EM: 03/02/03

ACEITO EM: 18/04/03

Endereço para correspondência:

Avenida Rio Branco, 642 - 17502-000 - Marília - SP

Fone: (14) 422-4545 Fax: (14) 422-2055

E-mail: lealfono@uol.com.br