

**Suzana Raquel Lopes**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM MOTRICIDADE OROFACIAL NO  
AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado à banca examinadora para a conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte

2007

**Suzana Raquel Lopes**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM MOTRICIDADE OROFACIAL NO  
AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado à banca examinadora para a conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Andréa Rodrigues Motta –  
Mestre em Fonoaudiologia

Co-orientadora: Amélia Augusta de Lima  
Friche – Mestre em Saúde Pública

Belo Horizonte

2007

Lopes, Suzana Raquel

**Caracterização do atendimento em motricidade orofacial no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.** /Suzana Raquel Lopes. –Belo Horizonte, 2007.

xiii, 84f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Curso de graduação em Fonoaudiologia.

Título em inglês: Characterization of treatment in orofacial myology at ambulatory of speech and language pathology of Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Minas Gerais.

1.Fonoterapia. 2. Terapia miofuncional. 3. Anormalidades do sistema estomatognático. 4. Eficácia de tratamento. 5. Pesquisa sobre serviços de saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA**

Chefe do Departamento: Prof<sup>a</sup> Ana Cristina Côrtes Gama

Coordenadora do Curso de Graduação: Prof<sup>a</sup> Letícia Caldas Teixeira

**Suzana Raquel Lopes**

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM MOTRICIDADE OROFACIAL NO  
AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Parecerista: Profa. Emiliane Ferreira Matos

Aprovada em: 07/12/2007

## Dedicatória

À minha mãe, por se comprometer com o que acredito. Ao Ney, por ser um companheiro único e tão especial.

## **Agradecimentos**

A Deus, pela oportunidade de buscar a cada dia ser melhor e por nos presentear com os detalhes que fazem a vida valer a pena.

À minha mãe, pelo apoio expresso em todas as ações, e ao meu pai pelo incentivo.

Ao Ney, pela compreensão, paciência, por escutar e propor novas idéias, por caminhar sempre ao meu lado.

À Andréa Motta, pela enorme dedicação e atenção a cada detalhe deste trabalho, por orientar com tanto envolvimento e competência.

À Guta, pela imensa disponibilidade e cuidado, que tanto contribuíram para a concretização deste trabalho.

Às amigas de turma, por todas as dúvidas discutidas, troca de conhecimentos e companheirismo.

Á todos os amigos que de alguma maneira incentivaram a concretização desta pesquisa.

## Sumário

Dedicatória .....	v
Agradecimentos .....	vi
Listas .....	viii
Resumo.....	xiii
1 INTRODUÇÃO .....	1
1.1 Objetivos.....	2
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	3
2.1 Considerações sobre a prevalência de alterações miofuncionais orofaciais.....	3
2.2 Considerações sobre tratamentos dos distúrbios miofuncionais orofaciais.....	10
3 MÉTODOS .....	13
4 RESULTADOS .....	15
5 DISCUSSÃO .....	62
6 CONCLUSÕES .....	78
7 ANEXOS .....	79
8 REFERÊNCIAS .....	82
Abstract	
Bibliografia consultada	



## Lista de figuras

Figura 1. Distribuição dos indivíduos quanto às queixas.....	17
Figura 2. Distribuição dos indivíduos quanto aos tipos de hábitos orais deletérios em algum período da vida.....	20
Figura 3. Distribuição dos indivíduos quanto número de hábitos orais deletérios em algum período da vida.....	21
Figura 4. Distribuição dos indivíduos quanto às avaliações solicitadas previamente.....	23
Figura 5. Distribuição dos indivíduos quanto aos tratamentos realizados previamente.....	25
Figura 6. Distribuição dos indivíduos de acordo com profissional que realizou o encaminhamento para tratamento fonoaudiológico.....	26
Figura 7. Distribuição dos indivíduos quanto aos tipos de alterações oclusais.....	37
Figura 8. Distribuição dos indivíduos quanto aos motivos de desligamento da terapia.....	52

## Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos quanto à idade .....	15
Tabela 2. Distribuição dos indivíduos quanto ao sexo .....	16
Tabela 3. Distribuição dos indivíduos quanto às queixas .....	17
Tabela 4. Distribuição dos indivíduos quanto à presença de hábitos orais deletérios em algum período da vida .....	18
Tabela 5. Distribuição dos indivíduos quanto aos tipos de hábitos orais deletérios em algum período da vida.....	19
Tabela 6. Distribuição dos indivíduos quanto ao número de hábitos orais deletérios em algum período da vida e os grupos.....	21
Tabela 7. Distribuição dos indivíduos quanto à presença de sinais e sintomas de alergia .....	22
Tabela 8. Distribuição dos indivíduos quanto às avaliações solicitadas previamente.....	23
Tabela 9. Distribuição dos indivíduos quanto aos tratamentos realizados previamente.....	24
Tabela 10. Distribuição dos indivíduos de acordo com o profissional que realizou o encaminhamento para tratamento fonoaudiológico .....	26
Tabela 11. Distribuição dos indivíduos quanto à simetria corporal e da face .....	27
Tabela 12. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações de lábios.....	28

Tabela 13. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações das bochechas.....	29
Tabela 14. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações da mandíbula.....	30
Tabela 15. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações dos músculos elevadores da mandíbula.....	31
Tabela 16. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações de língua.....	32
Tabela 17. Distribuição dos indivíduos quanto à presença das tonsilas palatinas.....	33
Tabela 18. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações das tonsilas palatinas.....	34
Tabela 19. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações oclusais.....	35
Tabela 20. Distribuição dos indivíduos quanto aos tipos de alterações oclusais.....	36
Tabela 21. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações da respiração.....	38
Tabela 22. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações da mastigação.....	39
Tabela 23. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações da deglutição.....	40
Tabela 24. Distribuição dos indivíduos quanto às alterações da fala.....	41
Tabela 25. Distribuição dos indivíduos quanto à duração da terapia em meses.....	42

Tabela 26. Distribuição categórica dos indivíduos quanto à duração da terapia em meses.....	43
Tabela 27. Distribuição dos indivíduos quanto ao número de sessões oferecidas.....	44
Tabela 28. Distribuição categórica dos indivíduos quanto ao número de sessões oferecidas.....	45
Tabela 29. Distribuição dos indivíduos quanto ao número de sessões a que compareceu.....	46
Tabela 30. Distribuição categórica dos indivíduos quanto ao número de sessões a que compareceu.....	47
Tabela 31. Distribuição dos indivíduos quanto ao número de atrasos.....	48
Tabela 32. Distribuição dos indivíduos quanto à realização dos procedimentos indicados pelo terapeuta.....	49
Tabela 33. Distribuição dos indivíduos quanto à conclusão da terapia.....	50
Tabela 34. Distribuição dos indivíduos quanto aos motivos de desligamento da terapia.....	51
Tabela 35. Associação entre gênero e duração da terapia.....	53
Tabela 36. Associação entre gênero e duração da terapia no grupo MO.....	54
Tabela 37. Associação entre gênero e duração da terapia no grupo RO.....	55
Tabela 38. Associação entre as variáveis queixa e duração da terapia.....	56

Tabela 39. Associação entre as variáveis queixa e duração da terapia no grupo MO.....	57
Tabela 40. Associação entre as variáveis queixa e duração da terapia no grupo RO.....	58
Tabela 41. Associação entre queixa e número de sessões a que compareceu.....	59
Tabela 42. Associação entre queixa e número de sessões a que compareceu no grupo MO.....	60
Tabela 43. Associação entre queixa e número de sessões a que compareceu no grupo RO.....	61

## Resumo

**Objetivo:** Caracterizar o atendimento em motricidade orofacial oferecido no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, incluindo dados de prevalência dos distúrbios miofuncionais orofaciais e cervicais, de adesão ao tratamento e de sucesso da terapia fonoaudiológica, assim como, comparar dados do atendimento dos pacientes que o buscaram diretamente no Ambulatório de Fonoaudiologia (Grupo MO) e dos pacientes encaminhados pelo Ambulatório do Respirador Oral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Grupo RO). **Métodos:** Foram investigados 112 prontuários do Ambulatório de Fonoaudiologia de todos os pacientes em alta fonoaudiológica ou desligados, que buscaram tratamento tanto pelo Ambulatório de Fonoaudiologia quanto pelo Ambulatório do Respirador Oral, desde a inauguração do serviço, em 2003, a julho de 2007. Os dados coletados referem-se à anamnese; exame clínico; adesão ao tratamento e sucesso da terapia fonoaudiológica. As informações obtidas foram analisadas por meio do programa Epi-info 6.0, tendo-se empregado o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste T para comparação de médias para as variáveis contínuas à um nível de significância de 5%. **Resultados:** Os pacientes do Ambulatório de Fonoaudiologia apresentaram idade média de 10,4 anos, sendo a maioria do sexo masculino (59,8%). A principal queixa referiu-se à respiração (60,7%), observando-se grande prevalência de hábitos orais deletérios (72,3%), assim como de sinais e sintomas de alergia (49,1%). Grande parte dos pacientes apresentou alterações das estruturas do sistema estomatognático sendo as mais prevalentes relativas à simetria corporal e da face (50,0%), tensão de lábios (60,7%), bochechas (47,3%), e língua (53,6%), tonsilas palatinas (59,3%) e oclusão (61,6%), destacando-se a Classe I de Angle (77,7%). Quanto às funções, verificou-se alta prevalência de alteração da respiração (78,6%), mastigação (74,1%) e deglutição (56,2%). A duração média da terapia foi de 7,23 meses, a média do número de sessões oferecidas foi de 22. Os pacientes compareceram em média à 17 sessões, com 0,6 atrasos em média. A maioria dos pacientes (45,6%) realizava os procedimentos indicados pelo terapeuta. A conclusão da terapia foi majoritariamente o desligamento (69,6%), sendo a causa mais freqüente o excesso de faltas (33,3%). Verificou-se associação significativa entre as variáveis queixa e duração da terapia, exclusivamente no Grupo RO ( $p=0,027$ ). Quanto às demais associações, não ocorreram diferenças significantes. Os pacientes do Grupo MO diferiram do Grupo RO quanto à média de idade ( $p<0,001$ ); queixa de respiração ( $p<0,001$ ), fala ( $p<0,001$ ) e mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios ( $p=0,003$ ); tipos de hábitos orais deletérios ( $p=0,024$ ); número de hábitos associados ( $p=0,037$ ); avaliações fonoaudiológicas ( $p=0,001$ ) e inexistentes ( $p<0,001$ ) solicitadas; tratamentos fonoaudiológicos ( $p=0,036$ ), ortodônticos ( $p<0,001$ ), otorrinolaringológicos ( $p=0,002$ ) e psicológicos ( $p=0,018$ ) realizados; adequação dos lábios ( $p=0,019$ ); tensão de língua ( $p=0,005$ ); presença ( $p<0,001$ ) e alteração ( $p=0,030$ ) de tonsilas palatinas; más oclusões dos tipos mordida aberta anterior ( $p=0,059$ ), mordida cruzada unilateral (0,013) e ausência de informações ( $p=0,012$ ); respiração ( $p<0,001$ ); fala ( $p=0,002$ ) e motivo de desligamento ( $p=0,012$ ). **Conclusões:** Verificou-se que os Grupos MO e RO apresentaram diferenças significantes quanto à alguns aspectos, entretanto as características pesquisadas são predominantemente semelhantes. Faz-se necessário maior detalhamento dos dados nos prontuários.

**Descritores:** fonoterapia; terapia miofuncional; anormalidades do sistema estomatognático; eficácia de tratamento; pesquisa sobre serviços de saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Documento Oficial 03/2003 do Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, motricidade orofacial é 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 (Comitê de Motricidade Orofacial, 2003). Em documento entregue ao Conselho Federal de Fonoaudiologia em 2004, o Comitê apresentou as Áreas de Domínio em motricidade orofacial e suas ementas. Dentre elas, se incluem os Distúrbios da Respiração, da Mastigação e da Deglutição e os Distúrbios da Fala de origem músculo-esquelética (Marchesan, 2004).

O Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), inaugurado em julho de 2003, oferece atendimento nas áreas de linguagem, reabilitação auditiva, voz e motricidade orofacial. Já o Ambulatório do Respirador Oral, que também funciona no HC/UFMG desde novembro de 2002, constitui um grupo de referência em avaliação multidisciplinar do respirador oral e conta com a atuação de profissionais das áreas de Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Ortodontia e Alergologia. Quando é confirmado o diagnóstico de respiração oral e verificada por meio da avaliação fonoaudiológica a presença de comprometimento do sistema sensorio motor oral, o paciente é encaminhado para atendimento, em grupo, ao Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG.

Até o presente momento, não foi caracterizado o atendimento em motricidade orofacial referente aos distúrbios da respiração, mastigação, deglutição e fala oferecido no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG. A partir da coleta e interpretação de fatos que se repetem torna-se mais fácil estabelecer condutas terapêuticas com maior eficácia e comprovar sua validade (Marchesan, 2003), o que ressalta a importância de registrar, arquivar e computar as informações progressivamente coletadas nos serviços. Assim, o levantamento das características miofuncionais orofaciais dos pacientes e de dados quantitativos acerca do tratamento oferecido pode ser uma ferramenta útil para que se consiga repensar a prática em motricidade orofacial. Desta forma, será possível elaborar estratégias para a ampliação da adesão à terapia fonoaudiológica, considerada aqui como a frequência às sessões e realização dos procedimentos indicados pelo terapeuta responsável, assim como promover maior

percentual de sucesso da terapia fonoaudiológica, ou seja, maiores índices de adequação/adaptação das estruturas miofuncionais orofaciais dos pacientes vinculados ao serviço mencionado.

### **1.1 Objetivos**

1. Caracterizar o atendimento em motricidade orofacial oferecido no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG, incluindo dados de prevalência dos distúrbios miofuncionais orofaciais e cervicais, de adesão ao tratamento e de sucesso da terapia fonoaudiológica.
2. Comparar dados do atendimento em motricidade orofacial dos pacientes que o buscaram diretamente no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG e dos pacientes encaminhados pelo Ambulatório do Respirador Oral da mesma instituição.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Considerações sobre a prevalência de alterações miofuncionais orofaciais

Estudos nacionais e mesmo internacionais sobre estatísticas epidemiológicas dos distúrbios da comunicação são escassos, e apontam que a questão merece pesquisas mais aprofundadas. Em São Paulo, realizou-se estudo com o objetivo de apresentar a prevalência das alterações fonoaudiológicas de fala e linguagem, de causa idiopática, especificamente relacionadas à população infantil. A amostra pesquisada foi composta pelos residentes na área de abrangência do Serviço de Fonoaudiologia de um Centro de Saúde-Escola, vinculado à Universidade de São Paulo. Foram estudadas 2.980 crianças de 1 a 11,11 anos de idade, de ambos os sexos, matriculadas para atendimento geral à saúde, durante o ano de 1993. As crianças foram avaliadas, segundo protocolos específicos, nos aspectos de fala (articulação, voz e fluência), linguagem (oral e escrita), sistema miofuncional oral (mobilidade, tensão e postura) e funções neurovegetativas (sucção, mastigação e deglutição). Finalizado o diagnóstico fonoaudiológico, estas foram analisadas e classificadas segundo a manifestação primária predominante. Os distúrbios fonoaudiológicos foram subdivididos em: alterações na articulação, alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem escrita, alterações no sistema miofuncional oral e nas funções neurovegetativas, alterações na fluência e outras. Do total de 2.980 crianças inscritas no centro de saúde estudado, 125 eram portadoras de distúrbios da comunicação, perfazendo a prevalência de 4,2%. Em ordem de frequência, as alterações de sistema miofuncional oral e funções neurovegetativas compuseram o terceiro grupo com um percentual estimado em 14,7%. O pico na taxa de prevalência deu-se para a idade de 8 anos. A prevalência aos 3 anos foi de 0,3%; aos 4 de 0,6%; 5 anos 1,0%; 6 anos 1,0%; 7 anos 0%; 8 anos 2,6%; 9 anos 0%; 9 e mais de 9 anos 0% (Andrade, 1997).

Realizou-se estudo cujo objetivo foi analisar a relação entre respiração oral e alterações posturais em crianças de cinco a dez anos. Para tal, comparou-se os resultados da avaliação postural de crianças respiradoras orais com os de respiradoras nasais, da mesma faixa etária. A análise descritiva dos dados foi feita por meio de fotos nos planos frontal, sagital e dorsal. O grupo de respiradores orais foi constituído por 50 crianças, recrutadas em clínicas fonoaudiológicas e odontológicas, e o grupo controle

foi composto por 30 crianças, estudantes de escolas particulares. Analisou-se 150 fotos de crianças respiradoras orais e 90 fotos de respiradoras nasais. Verificou-se que as alterações posturais ocorrem igualmente em ambos os sexos. Observou-se também que as crianças de cinco a oito anos de idade, respiradoras orais e nasais, apresentam alterações posturais sem evidência de diferenças estatísticas. Contudo, a partir dos oito anos, o número de alterações é estatisticamente maior no grupo de crianças com respiração oral, sendo que as crianças com respiração nasal, maiores de oito anos, melhoram a postura com o crescimento e as crianças respiradoras orais mantêm um padrão corporal desorganizado, semelhante ao de crianças menores (Krakauer, Guilherme, 2000).

Um estudo foi conduzido com o propósito de analisar o perfil da população que procurou atendimento fonoaudiológico nos serviços de uma Clínica-Escola (CE) e do Ambulatório de Especialidades do SUS, ambos no município de Piracicaba (SP), no período de novembro de 1996 a novembro de 1997. Os dados foram coletados em 223 prontuários da CE e em 56 prontuários do SUS. Verificou-se predomínio do sexo masculino na CE (62,0%) e no SUS (54,0%). Quanto à idade, constatou-se na CE predomínio da faixa etária de sete a nove anos (22,4%), seguida pelos grupos com idades entre quatro e seis anos (20,6%), dez a doze anos (15,7%) e treze a quinze anos (7,2%). No SUS a faixa etária predominante foi dos quatro aos seis anos, seguida pelos grupos com idades entre sete e nove anos (19,3%), zero a três anos (8,80%) e dez a doze anos (7,0%). Em relação ao provável diagnóstico referido na procura aos serviços, verificou-se predomínio das alterações de fala na CE (23,3%) e no SUS (51,8%). As alterações do sistema sensorio motor oral foram o terceiro diagnóstico mais encontrado na CE (5,8%) e no SUS não foram encontrados dados relativos a este tipo de alteração. Os encaminhamentos para a CE foram feitos, em sua maioria, pelo professor (21,5%), seguidos pelos otorrinolaringologistas (11,2%). No SUS os pacientes foram encaminhados predominantemente pelos médicos clínicos (44,6%), seguidos também pelos otorrinolaringologistas (17,9%) (Gonçalves et al., 2000).

Os hábitos orais são pouco estudados na adolescência. Foi elaborada uma pesquisa em três escolas do município de Camaquã (RS), com 83 adolescentes, 38 (46,0%) do gênero masculino e 45 (54,0%) do feminino, na faixa etária de 15 a 17 anos incompletos. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário contendo questões sobre hábitos orais deletérios, frequência e forma de realização dos mesmos. Verificou-se que 95,0% (43) dos indivíduos do sexo feminino e 97,0% (37) dos indivíduos do

sexo masculino referiram realizar hábitos orais, totalizando 96,0% da amostra. O hábito oral mais prevalente na amostra foi a onicofagia (53,0%), seguida por mastigar chicletes diariamente (48,0%), mascar balas diariamente (45,0%), morder objetos (43,0%), mastigação unilateral (33,0%), bruxismo (27,0%), sugar lábios (25,0%), respiração oral (25,0%), morder lábios (17,0%), morder canto da boca (17,0%), morder bochechas (16,0%), apoiar queixo com a mão (11,0%), dormir com a mão sob o rosto (1,0%), e morder a língua (1,0%). Os hábitos orais deletérios mostraram-se associados em 86,0% dos adolescentes, ocorrendo em média quatro hábitos orais. Constatou-se que os hábitos relacionados com a mastigação (onicofagia, mastigar chicletes diariamente, mascar balas diariamente, mastigação unilateral, bruxismo) são os mais freqüentes na amostra (20,0%). Quanto às associações entre diferentes grupos de hábitos, a mais freqüente (39,0%) foi de hábitos relacionados com a mastigação associada aos hábitos relacionados com a sucção (sugar ou morder lábios, bochechar, língua e objetos) (Lima et al., 2000).

Em pesquisa realizada com 52 crianças de ambos os sexos, 31 pré-escolares e 21 estudantes da 1ª série do 1º grau de escolas municipais de Santa Maria (RS), teve-se como objetivo estudar a ocorrência de alterações de fala, do sistema sensório motor oral (SSMO) e de hábitos orais deletérios, além de verificar as possíveis associações entre estes distúrbios. Para obtenção dos dados realizou-se avaliação fonoaudiológica dos sujeitos por meio de exame orofacial, da fonoarticulação e da audição. Constatou-se presença de alterações fonoarticulatórias em 50,0% da amostra. As distorções na fala foram encontradas em 55,6% dos pré-escolares e em 44,4% dos escolares. Quanto ao tipo de distorção, houve predomínio do ceceo anterior, observado em 77,8% da amostra, em relação ao ceceo lateral, que ocorreu em 22,2% das crianças. O SSMO mostrou-se alterado em 75,0% dos sujeitos avaliados, com aproximadamente a mesma freqüência nas meninas (36,5%) e nos meninos (38,5%). Os hábitos orais deletérios foram observados em 56,7% dos pré-escolares e em 43,3% dos escolares. O hábito mais recorrente na amostra foi o uso de chupeta (33,3%), seguido pela onicofagia (30,0%), sucção digital (16,7%), uso de mamadeira (10,0%) e hábito de morder lápis (10,0%). Observou-se uma freqüência discretamente mais elevada de hábitos no sexo feminino (53,3%) em relação ao masculino (46,6%). Verificou-se entre as crianças com SSMO normal um índice reduzido de alterações fonoarticulatórias (5,8%), enquanto que em crianças com SSMO alterado ocorreu alta proporção de alterações fonoarticulatórias (44,2%). Por meio do estudo estatístico constatou-se

associação entre a freqüência de alterações fonoarticulatórias e do SSMO. Não houve associação entre alterações fonoarticulatórias e ocorrência de hábitos orais deletérios (Santos et al., 2000).

Um estudo clínico retrospectivo não randomizado, realizado em São Paulo, teve como objetivo verificar alterações fonoaudiológicas, odontológicas e otorrinolaringológicas em crianças de baixa renda portadoras de hábitos orais de sucção. A amostra foi constituída por nove crianças de ambos os sexos (um menino e oito meninas), com idade entre cinco e nove anos. Verificou-se que o distúrbio fonoaudiológico mais comum foi o articulatório (55,6%), seguido pelo distúrbio de motricidade orofacial (33,3%). Em um paciente da amostra avaliada, não foram encontradas alterações fonoaudiológicas. A mordida aberta esteve presente em oito casos (88,9%) e a normoclusão em um caso (11,1%). Quanto ao modo respiratório, constatou-se sete casos de respiração oral (77,8%), um caso de respiração oronasal (11,1%) e um caso de respiração nasal, totalizando 11,1% da amostra (Cavassani et al., 2003).

Outro estudo, no Rio de Janeiro, realizado com respiradores orais, avaliou 40 sujeitos, de ambos os sexos, na faixa etária de 6 a 10 anos, em relação às alterações estruturais de órgãos fonoarticulatórios e más oclusões dentárias. Verificou-se alterações na postura habitual dos lábios, entreabertos em 67,5% da amostra; lábio inferior volumoso e com eversão (90,0%); flacidez de lábio inferior (97,5%) e superior (62,5%); flacidez bilateral de bochechas (77,5%) e tensão de língua diminuída em 80,0% dos casos. Quanto à avaliação ortodôntica, o tipo de má oclusão dentária mais observada foi a classe II de Angle, compondo 50,0% da amostra. Os autores ressaltaram ainda a importância da equipe multidisciplinar no atendimento ao respirador oral, referindo que tal condição apresenta etiologia e conseqüências de natureza multifatorial (Andrade et al., 2005).

Realizou-se uma pesquisa com o objetivo de verificar a ocorrência da respiração oral em indivíduos sob tratamento ortodôntico, e descrever as alterações miofuncionais orofaciais presentes nos respiradores orais. Foram avaliados 31 sujeitos, selecionados aleatoriamente, com idade entre 7 e 36 anos, sob tratamento ortodôntico em clínicas particulares de Arcos, Santo Antônio do Monte e Santos Dumont, Minas Gerais. A amostra foi constituída por 23 indivíduos do gênero feminino (74,2%) e 8 do masculino (25,8%), com média de idade de 17 anos. À avaliação fonoaudiológica, verificou-se 22 casos (70,9%) de respiração oral/oronasal. Os respiradores orais e oronasais foram

agrupados na categoria respirador oral. Verificou-se sinais importantes de respiração oral como: 23 (74,2%) indivíduos com postura de lábios entreabertos, 20 (64,5%) com língua alargada, 23 (74,2%) com palato ogival e estreito, 20 (64,5%) com lábios flácidos, 22 (70,9%) com língua flácida, 20 (64,5%) com bochechas flácidas e 15 (48,4%) com mental rígido. Observou-se más oclusões em 22 casos (70,9%), sendo 3 sujeitos (13,6%) Classe I de Angle, 18 (81,8%) Classe II e 1 (4,5%) Classe III. Em relação às funções estomatognáticas, observou-se 22 sujeitos (70,9%) com mastigação alterada e 24 (77,4%) com alterações de deglutição. Concluiu-se que existe associação estatisticamente significativa entre respiração oral/oronasal e presença de lábios entreabertos ou abertos, presença de língua alargada, flacidez de lábios e flacidez da língua. Ressalta-se a importância de orientar os demais profissionais mostrando-lhes a importância do diagnóstico das alterações advindas da respiração oral e do trabalho fonoaudiológico em motricidade orofacial, promovendo, assim uma abordagem interdisciplinar com ganho satisfatório na reabilitação destes pacientes (Rodrigues et al., 2005).

Em outra pesquisa, realizada com 22 respiradores orais, com idades variando entre 4 e 11 anos, pacientes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, verificou-se que 90,9% da amostra apresentou alterações de deglutição. Observou-se nessas 20 crianças respiradoras orais com alteração de deglutição outras alterações estatisticamente significantes tais como: alteração na postura de lábios (80,0%) e alterações mastigatórias (95,0%). Outros dados foram considerados prevalentes na casuística, porém não significantes como: lábios hipotensos (55,0%), bochechas hipotensas (45,0%), alterações de fala (65,0%) e oclusais (70,0%). A língua foi considerada normotensa em 60,0% da amostra, achado que também não foi considerado estatisticamente significativo (Bicalho et al., 2006).

Em pesquisa realizada com o objetivo de caracterizar um grupo de 279 respiradores orais, na faixa etária de 2 a 19 anos, atendidos por equipe multidisciplinar, composta por alergologistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos e ortodontistas, um total de 151 (60,0%) participantes foram avaliados por fonoaudiólogos. Destes, observou-se que 98,0% (148) apresentaram alterações miofuncionais. Quanto à avaliação ortodôntica, realizada em 56,0% do total de 279 pacientes, verificou-se que 94 (60,0%) foram classificados na classe I de Angle, 11,0% na classe II e 28,0% na classe III (Junqueira et al., 2006).

Em estudo transversal descritivo, realizado no Ambulatório do Respirador Oral, pertencente ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte, buscou-se avaliar a presença de atopia. Foram incluídos no estudo 140 respiradores orais, com idades entre 2 e 12 anos, os quais submeteram-se a teste alérgico cutâneo para inalantes. Foram classificados como atópicos aqueles que apresentaram teste positivo para, no mínimo, um alérgeno. Dentre os participantes do estudo, 44,3% apresentaram teste alérgico positivo. Além disso, a atopia esteve significativamente associada ao sexo masculino. A alta prevalência de positividade no teste alérgico indica que é importante realizar avaliação alergológica em respiradores orais. Ressalta-se ainda a relevância do atendimento multidisciplinar a estes pacientes devido ao fato de os respiradores orais constituírem um grupo heterogêneo (Barros et al., 2006).

Um estudo retrospectivo foi conduzido com o propósito de descrever o perfil dos pacientes submetidos à avaliação fonoaudiológica no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG, que recebe pacientes das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (MG), durante o ano de 2005. O estudo foi realizado por meio da análise de 300 prontuários de pacientes atendidos na disciplina Prática Clínica: Fonoaudiologia no período de março a dezembro de 2005. A amostra foi composta por indivíduos com idades entre sete meses e 83 anos, sendo 60,3% do sexo masculino e 39,7% do feminino. Foi verificada presença de pelo menos uma alteração fonoaudiológica em 99,3% da amostra. As alterações mais freqüentes foram as relativas a fala (53,0%), linguagem (44,0%), voz (36,7%), motricidade orofacial (33,0%), processamento auditivo (29,7%) e leitura e escrita (14,0%). As alterações de hipoacusia, disfagia e disfluência somaram 12,7% do total de casos atendidos. O encaminhamento dos pacientes foi realizado predominantemente pelo clínico geral (24,0%), seguido pelo pediatra (23,7%), otorrinolaringologista (20,3%) e escola (6,0%). Profissionais do serviço de psicologia, neurologia, odontologia e outros encaminharam 16,7% dos pacientes (Mendonça et al., 2006).

Estudo transversal realizado na cidade de Recife apresentou como objetivos determinar prevalência de crianças portadoras de respiração oral, inscritas no Projeto Santo Amaro da Universidade de Pernambuco e verificar as principais alterações orofaciais e comportamentais associadas. A amostra constitui-se 150 crianças, com idade de 8 a 10 anos, de ambos os gêneros. Os dados foram coletados por meio de aplicação de questionários e realização de exames clínicos. Verificou-se que a

prevalência de respiração oral foi de 53,3%. Não se comprovou diferença significativa entre gênero (53,8% da amostra eram do sexo masculino e 46,2% do feminino) e faixa etária. Quanto às alterações orofaciais que acometem os respiradores orais, os maiores percentuais verificados e que apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação aos respiradores nasais foram: mordida aberta anterior (60,0%), selamento labial inadequado (58,8%) e palato ogival (38,8%). Verificou-se hipotensão de lábios em 23,8% dos indivíduos com respiração oral. Não houve associação entre o padrão de respiração e alterações comportamentais. Ressalta-se a importância da intervenção multidisciplinar na questão da respiração oral. Sugere-se que, diante da alta prevalência deste transtorno, políticas de saúde devam ser implementadas com o intuito de melhorar a qualidade de vida de crianças portadoras de respiração oral e que novos estudos sejam realizados com número maior de crianças (Menezes et al., 2006).

Realizou-se um estudo cujo objetivo foi caracterizar a população de Ribeirão das Neves (Minas Gerais) encaminhada ao único Serviço de Fonoaudiologia do município para usuários da rede pública. Para tal, foram analisadas todas as fichas de pacientes da fila de espera acolhidos pelo referido serviço, totalizando 161 acolhimentos, de pacientes até 17 anos, no período de janeiro de 2003 a junho de 2005. Verificou-se, quanto à origem dos encaminhamentos, que 41,0% foram realizados por médicos, 40,0% por escolas, 19,0% por outros profissionais (terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo e odontólogo). Nove encaminhamentos não apresentaram especificações sobre a origem. O gênero masculino representou 66,0% dos pacientes e o feminino 34,0%. Em relação à faixa etária, 60,0% tinham idade entre 5 a 10 anos, seguido por 0 a 5 anos (20,0%), 10 a 15 anos (15,0%) e maiores de 15 anos (5,0%). No que se refere às queixas apresentadas, as mais frequentes foram as alterações de fala (46,0%), as de linguagem (18,0%) e de motricidade orofacial (15,0%). Quanto ao número de queixas por encaminhamento, pacientes que apresentaram apenas uma queixa representaram 38,0% da amostra, pacientes que apresentaram duas queixas associadas compuseram 53,0% do total e pacientes que apresentaram três queixas totalizaram 9,0%. Ressalta-se que os distúrbios de fala foram considerados como alterações que se restringem ao domínio fonêmico, correspondendo a realização motora da linguagem. Enfatizou-se também que as ocorrências de motricidade orofacial poderiam ser maiores, já que a população do município não tem contato estreitado com o profissional ortodontista, grande fonte de encaminhamentos nesta especialidade fonoaudiológica. A análise destes registros permitiu aos fonoaudiólogos

do referido serviço adotarem ações mais eficazes e coerentes com as necessidades locais. Além disso, houve aprimoramento da dinâmica de atendimento e maior interlocução interinstitucional por meio de consultoria às escolas municipais (César, Maksud, 2007).

## **2.2 Considerações sobre tratamentos dos distúrbios miofuncionais orofaciais**

A avaliação miofuncional orofacial tem como principal objetivo verificar a existência de desequilíbrios musculares e funcionais que possam interferir de maneira negativa na funcionalidade do sistema estomatognático. A obtenção da história clínica é tão fundamental quanto o próprio exame. A avaliação fonoaudiológica deve englobar dados referentes à observação de características craniofaciais e verificação das estruturas e musculatura: lábios, bochechas, mentual, língua, assoalho da boca, palato duro e mole, tonsilas palatinas, gengiva e mucosa jugal, os quais devem ser analisados em relação à postura, forma, simetria, tensão, sinais em mucosa, presença de nódulos e resistência. A abordagem interdisciplinar favorece a obtenção de melhores resultados, uma vez que a troca de informações entre os profissionais pode definir as possibilidades, implicações, limitações e a real necessidade de cada terapêutica (Bianchini, 2001).

Estudo realizado em Hamburgo, Alemanha, ressalta que fonoaudiólogos, pediatras, otorrinolaringologistas e ortodontistas devem cooperar entre si no tratamento da complexa sintomatologia dos pacientes com disfunções orofaciais, pois, a qualidade do cuidado interdisciplinar com o paciente é fundamental para o sucesso do tratamento e sua estabilidade. Propõem-se o uso de uma folha de diagnóstico e encaminhamento (Diagnostic Referral Sheet), a qual é indicada para todas as áreas envolvidas no tratamento de distúrbios miofuncionais, que contribui para o conhecimento da situação inicial do paciente e na identificação do tratamento necessário. A folha de diagnóstico e encaminhamento proposta contém informações acerca da tensão muscular, respiração, língua, hábitos, fala e ortodontia (Korbmacher, Nieke, 2001).

Adultos com queixas de alterações de fala e miofuncionais parecem procurar pouco por atendimento fonoaudiológico e quando ocorre a procura, nem sempre se propõe a realizar a terapia. Uma pesquisa apresentou como objetivo verificar, por meio de revisão de prontuários do CEFAC- Clínica Escola, a adesão à fonoterapia de pacientes adultos que buscaram tratamento por alterações de fala. Dos 360 prontuários



pesquisados 55 (15,3%) se referiam a pacientes adultos (acima de 16 anos) que buscaram atendimento fonoaudiológico no período de janeiro de 2003 a maio de 2006, sendo 31 (56,4%) do gênero feminino e 24 (43,7%) do gênero masculino. Deste total, 44 (80,0%) pacientes iniciaram a fonoterapia para tratamento da fala. Dentre eles 22 (50,0%) receberam alta, três (6,8%) encontram-se em alta controlada, 14 (31,8%) desistiram durante o processo de terapia e cinco (11,4%) ainda realizavam terapia. Dos pacientes que desistiram durante o processo de terapia, nove (64,3%) o fizeram por causa do trabalho, que impossibilitava o comparecimento à terapia e o restante, cinco pacientes (35,7%), sentiram-se satisfeitos com resultados parciais e deram alta a si mesmos. Concluiu-se assim que o percentual de adultos que buscam fonoterapia ainda é baixo, porém, mais da metade destes indivíduos realizaram o tratamento até o final (Oliveira et al., 2006a).

Não é comum que os profissionais de saúde busquem saber se os resultados dos tratamentos realizados são de fato mantidos. Com o objetivo de verificar se os pacientes, após a alta e o desligamento parcial ou total, mantêm o padrão estabelecido na fonoterapia, foi realizado um *screening* com todos os pacientes, em alta definitiva ou controlada, do setor de motricidade orofacial do CEFAC- Clínica Escola, de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. Foram encontrados no arquivo morto 60 pacientes com estas características. Do total da amostra, 31 (51,7%) dos sujeitos eram do gênero feminino e 29 (48,3%) do masculino, com idades variando entre 3 anos e 9 meses a 55 anos. O número de sessões para estes pacientes variou de 3 a 39. Dos 60 pacientes levantados foram localizados 48 (80,0%). Verificou-se que destes, 39 (82,9%) mantiveram o padrão obtido no final de terapia e estavam satisfeitos com os resultados, o que não ocorreu com apenas nove (18,8%) pacientes. Estes dados apontam para eficácia dos métodos utilizados no setor de motricidade orofacial da clínica pesquisada (Oliveira et al., 2006b).

Conhecer o tempo médio de fonoterapia para se conseguir resultados positivos em cada alteração trabalhada, contribui para que o fonoaudiólogo tente, a partir destes dados, aprimorar suas técnicas e reduzir o tempo de terapia, tentando atingir ou mesmo superar, os obtidos anteriormente. Além disso, se o paciente e sua família souberem que o tratamento será realizado em determinado período, investem e participam mais ativamente do processo terapêutico e obtêm resultados favoráveis com mais rapidez. Estudo realizado por grupo de motricidade orofacial de uma instituição teve como objetivo diminuir o número de sessões para conseguir o fechamento labial,

que era, em média, de 17 sessões em 4 meses e meio. Para tal selecionou-se 122 pacientes, de 2 anos e 4 meses a 56 anos e 7 meses, os quais foram avaliados, sendo que somente 91 entraram em terapia, pois não apresentavam alterações respiratórias ou oclusais limitantes para o vedamento labial. Por meio de intervenção que priorizou a atenção do paciente, conscientização acerca da importância do selamento labial, orientação mais adequada e sistemática do paciente e família, maior participação da mãe em terapia, assim como comparação de resultados entre os pacientes, conseguiu-se a redução do tempo médio de sessões para nove, em dois meses e meio. Portanto, o tempo médio de terapia foi reduzido pela metade, com oito sessões a menos (Oliveira et al., 2006c).

### 3 MÉTODOS

Este estudo transversal foi realizado por meio de pesquisa com dados secundários. Foram coletadas informações referentes ao atendimento em motricidade orofacial, especificamente dos distúrbios da respiração, mastigação, deglutição e fala de origem músculo-esquelética, dos prontuários do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Considerou-se todos os pacientes em alta fonoaudiológica ou desligados, que buscaram tratamento tanto pelo próprio Ambulatório de Fonoaudiologia (HC/UFMG) quanto pelo Ambulatório do Respirador Oral (HC/UFMG). Foram investigados 112 prontuários desde a inauguração do serviço, em 2003, a julho de 2007.

Os prontuários foram consultados dentro do Ambulatório de Fonoaudiologia, no período de março a julho de 2007. Os dados coletados foram transcritos para um roteiro, elaborado pelas autoras (Anexo 1), que constou de quatro itens: dados da anamnese; dados do exame clínico; adesão ao tratamento e sucesso da terapia fonoaudiológica. Este roteiro de coleta de dados baseou-se no Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial (Marchesan, 2003), o qual também é utilizado como referência nesta área no Ambulatório de Fonoaudiologia, acrescido das informações acerca da adesão ao tratamento e sucesso da terapia fonoaudiológica.

Para realizar a coleta dos dados referentes à anamnese e exame clínico, considerou-se as informações disponíveis no primeiro relatório de avaliação na área de motricidade orofacial e no Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial (Marchesan, 2003), quando o relatório de avaliação não contemplava todos os dados do roteiro de pesquisa. As informações acerca da adesão ao tratamento, quanto à data de início e término da terapia, número total de sessões, número de sessões a que compareceu e número de sessões em que chegou atrasado, foram obtidas nas folhas de registro, as quais detalham cada sessão de terapia. Os dados relativos à realização dos procedimentos indicados pelo terapeuta responsável foram coletados no primeiro e no último relatórios de evolução. Ressalta-se que este item foi desconsiderado quando o número de sessões a que o paciente compareceu era inferior a cinco, por se considerar que este número não é expressivo o suficiente para analisar a adesão do indivíduo à terapia. Para a obtenção de informações sobre o sucesso da terapia fonoaudiológica, foram consultados os relatórios de alta e desligamento. Excluiu-se do estudo os

prontuários dos pacientes com distúrbio miofuncional orofacial e cervical associado à desvios fonológicos atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia.

As informações obtidas foram analisadas quantitativamente, por meio do programa Epi-info 6.0. Caracterizou-se o serviço quanto aos aspectos estudados tendo-se comparado os resultados encontrados em relação ao atendimento em motricidade orofacial dos pacientes que buscaram atendimento diretamente pelo Ambulatório de Fonoaudiologia (Grupo MO) e dos pacientes indicados para fonoterapia pelo Ambulatório do Respirador Oral (Grupo RO), ambos pertencentes ao HC/UFMG. Para tanto, empregou-se o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste T para comparação de médias para as variáveis contínuas, a um nível de significância de 5%. Para análise destas últimas foram utilizadas também medidas de tendência central e dispersão.

Realizou-se também análise da associação das variáveis referentes à adesão ao tratamento e sucesso da terapia fonoaudiológica. Para tanto, as variáveis contínuas foram transformadas em categóricas. Nas associações relativas à duração da terapia o valor utilizado como ponto de corte foi sete meses por se tratar da média do tempo de terapia do Grupo MO e do Grupo RO. Quanto à distribuição categórica relativa ao número de sessões oferecidas, utilizou-se o valor 22 como ponto de corte por se tratar da média deste parâmetro. Nas associações que envolveram o número de sessões a que o indivíduo compareceu considerou-se 17 sessões como ponto de corte devido ao fato deste valor representar a média do total de pacientes analisados.

O projeto da pesquisa, parecer nº 73/07, foi aprovado pelo COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

## 4 RESULTADOS

Inicialmente os resultados serão apresentados em relação à distribuição da amostra em função dos grupos. A seguir, serão demonstradas as associações entre as variáveis relativas aos dados de anamnese e exame clínico e as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento e sucesso da terapia fonoaudiológica.

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À IDADE

Idade	Grupos		
	MO	RO	Total
Média	13,8	7,7	10,4
Desvio padrão	9,7	2,2	7,2
Mediana	11	8	8
Moda	5	6	6
Mínima	3	3	3
Máxima	46	12	46

$p < 0,001$  - Teste T para comparação de médias

Tabela 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AO SEXO

Sexos	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	18	36,7	27	42,8	45	40,2
Masculino	31	63,3	36	57,1	67	59,8
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

$p=0,644 - X^2$  com correção de Yates

Tabela 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS QUEIXAS

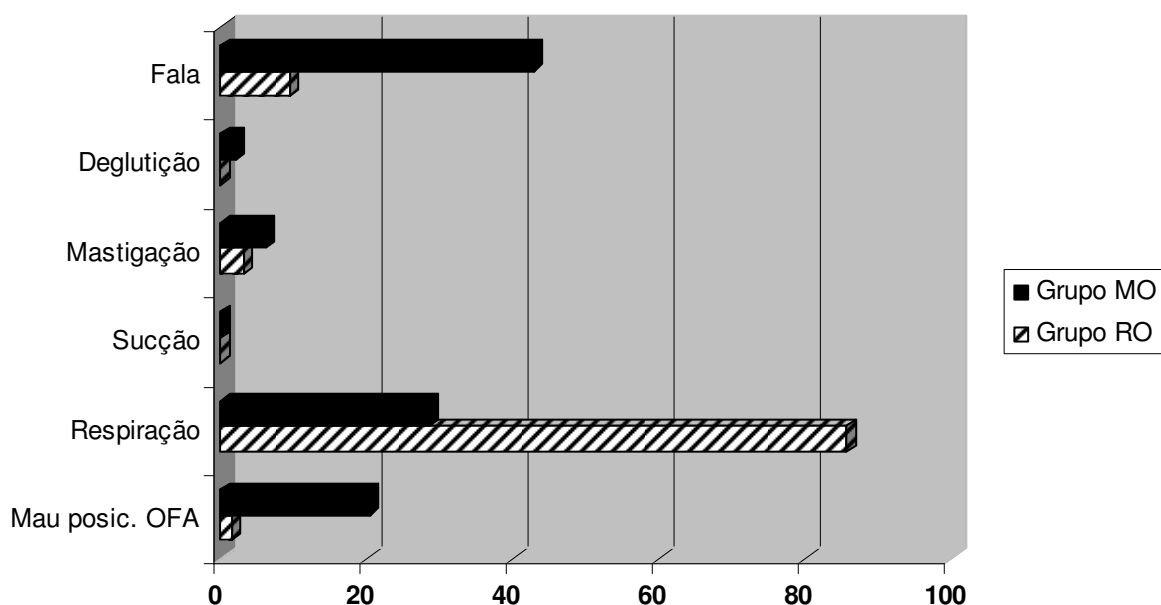
Queixas	Grupos						Valor de p*
	MO		RO		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Mau posic. OFA	10	20,4	1	1,6	11	9,8	<b>0,003</b>
Respiração	14	28,6	54	85,7	68	60,7	<b>&lt; 0,001</b>
Sucção	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Mastigação	3	6,1	2	3,2	5	4,5	0,773
Deglutição	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Fala	21	42,9	6	9,5	27	24,1	<b>&lt; 0,001</b>
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0	-

Legenda: Mau posic. OFA = Mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios

N = número

% = porcentagem

\* =  $\chi^2$  com correção de Yates



Legenda: Mau posic. OFA = Mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios

Figura 1 - Distribuição dos indivíduos quanto às queixas

Tabela 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À PRESENÇA DE HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM ALGUM PERÍODO DA VIDA

Presença de hábitos orais deletérios	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	39	79,6	42	66,6	81	72,3
Não	3	6,1	3	4,8	6	5,4
Sem informação	7	14,3	18	28,6	25	22,3
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = percentagem

$p=0,737$  –  $X^2$  com correção de Yates



Tabela 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AOS TIPOS DE HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM ALGUM PERÍODO DA VIDA \*

Tipos de hábitos orais deletérios	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Mão sob o rosto no sono	9	23,1	11	26,2	20	24,7	0,582
Mão no rosto durante o dia	4	10,3	1	2,4	5	6,2	0,258
Bruxismo excêntrico	13	33,3	16	38,1	29	35,8	0,551
Bruxismo cêntrico	4	10,3	8	19,0	12	14,8	0,196
Onicofagia	9	23,1	18	42,9	27	33,3	<b>0,024</b>
Morder o canto da boca	1	2,7	0	0,0	1	1,2	-
Molhar os lábios	2	5,1	0	0,0	2	2,5	-
Morder os lábios	3	7,7	0	0,0	3	3,7	-
Mamadeira	20	51,3	29	69,0	49	60,5	0,064
Chupeta	20	51,3	20	47,6	40	49,4	0,721
Sucção digital	2	5,1	4	9,5	6	7,4	0,460
Morder objetos	3	7,7	17	16,7	20	24,7	0,152
Morder a língua	0	0,0	1	2,4	1	1,2	-
Morder a bochecha	0	0,0	1	2,4	1	1,2	-

Legenda: N = número

% = porcentagem

\*Grupo MO: N= 39; Grupo RO: N= 42

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

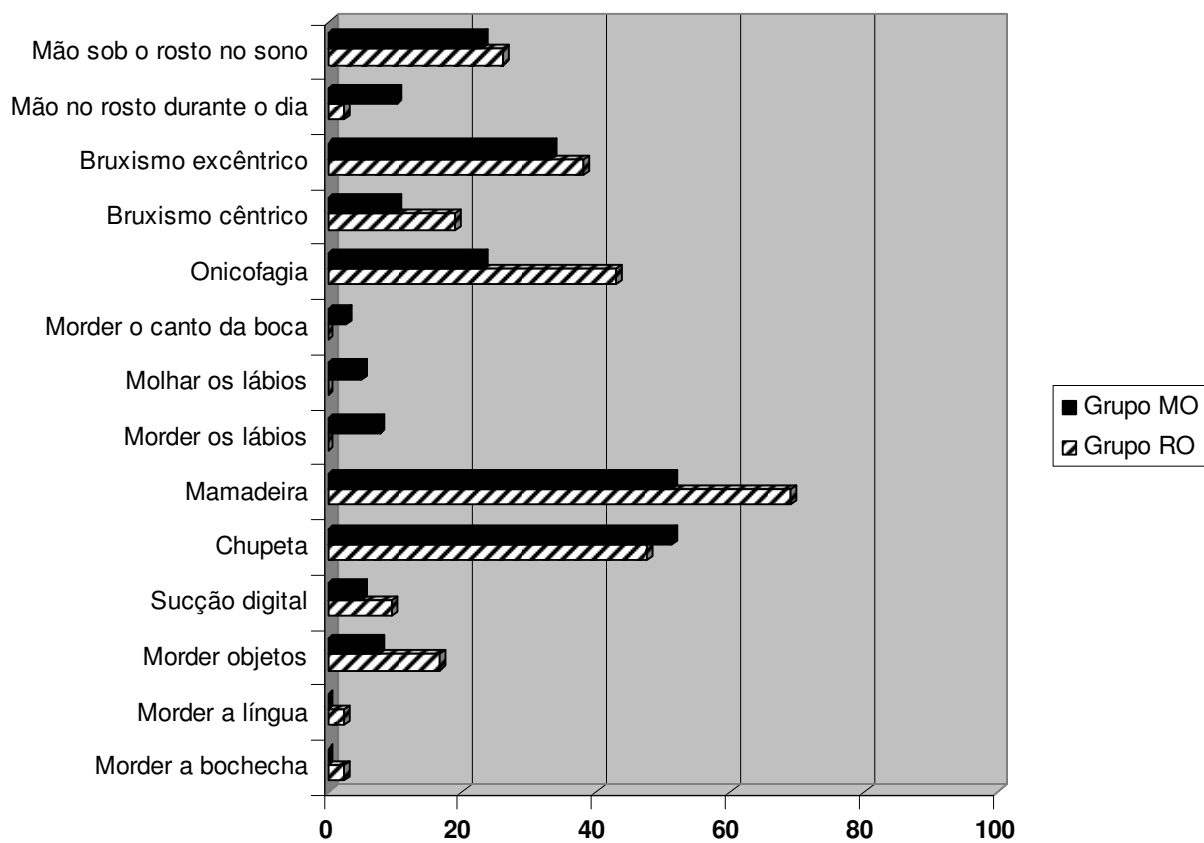


Figura 2 - Distribuição dos indivíduos quanto aos tipos de hábitos orais deletérios em algum período da vida

Tabela 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AO NÚMERO DE HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM ALGUM PERÍODO DA VIDA

Número de hábitos orais deletérios	Grupos						Valor de p*
	MO		RO		Total		
	N	%	N	%	N	%	
1 hábito	8	16,3	9	14,3	17	15,2	0,765
2 hábitos	16	32,7	10	15,9	26	23,2	<b>0,037</b>
3 hábitos	10	20,4	7	11,1	17	15,2	0,174
4 hábitos	5	10,2	8	12,7	13	11,6	0,683
5 hábitos	0	0,0	5	7,9	5	4,5	-
6 hábitos	0	0,0	2	3,2	2	1,8	-
7 hábitos	0	0,0	1	1,6	1	0,9	-
Sem informação	7	14,3	18	28,6	25	22,3	0,720
Sem hábitos	3	6,1	3	4,8	6	5,3	0,916
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Legenda: N = número

% = porcentagem

\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

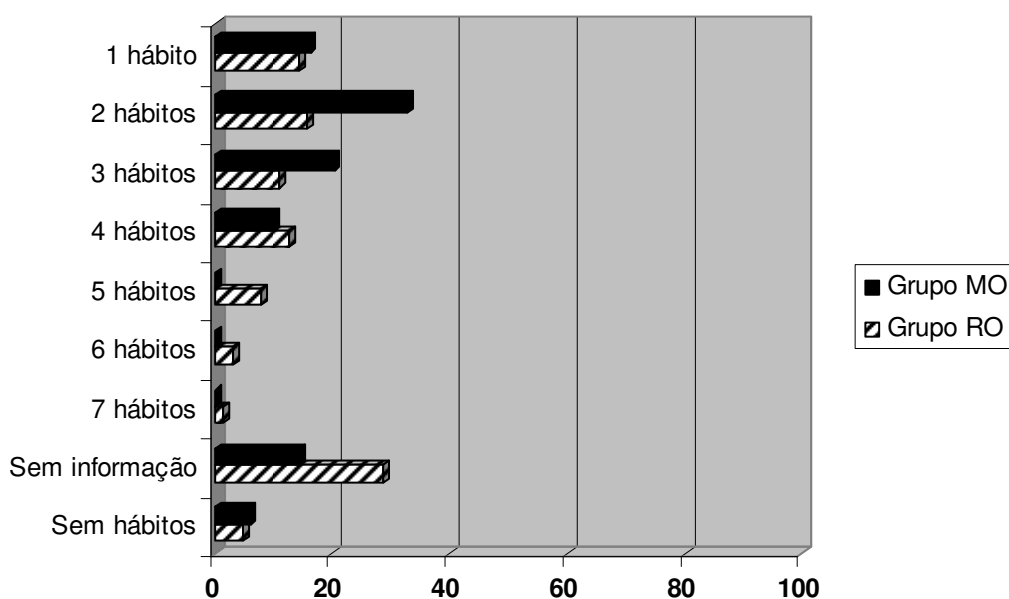


Figura 3 - Distribuição dos indivíduos quanto número de hábitos orais deletérios em algum período da vida

Tabela 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS DE ALERGIA

Sinais e sintomas de alergia	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	24	49,0	31	49,2	55	49,1
Não	10	20,4	3	4,8	13	11,6
Sem informação	15	30,6	29	46,0	44	39,3
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

**p=0,064 –  $X^2$  com correção de Yates**

Tabela 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS AVALIAÇÕES SOLICITADAS PREVIAMENTE\*

Avaliações solicitadas	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Nenhuma	25	51,0	51	81,0	76	67,9	< 0,001
Fonoaudiológica	13	26,7	3	4,8	16	14,3	0,001
Ortodôntica	7	14,3	6	9,6	13	11,6	0,435
Otorrinolaringológica	9	18,4	5	8,0	14	12,5	0,098
Neurológica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Fisioterapêutica	4	8,2	0	0,0	4	3,6	-
Psicológica	3	6,1	3	4,8	6	5,6	0,916
Pediátrica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Nutricional	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Gastroenterológica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-

Legenda: N = número

% = porcentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

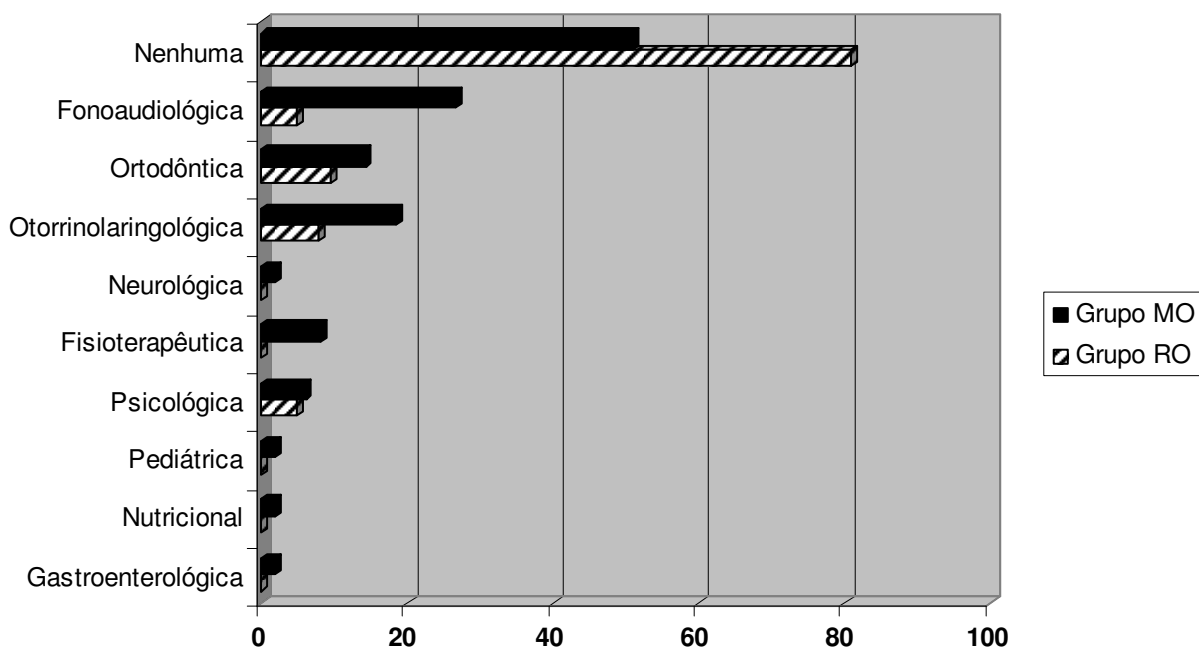


Figura 4 - Distribuição dos indivíduos quanto às avaliações solicitadas previamente

Tabela 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AOS TRATAMENTOS REALIZADOS PREVIAMENTE\*

Tratamentos realizados	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Nenhum	5	10,2	13	20,6	18	16,1	0,136
Fonoaudiológica	8	16,3	2	3,2	10	8,9	<b>0,036</b>
Ortodôntica	30	61,2	9	14,3	39	34,8	<b>&lt;0,001</b>
Otorrinolaringológica	22	44,9	46	73,0	68	60,7	<b>0,002</b>
Neurológica	6	12,2	2	3,2	8	7,1	0,139
Homeopática	3	6,1	1	1,6	4	3,6	0,441
Fisioterapêutica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Psicológica	9	18,4	2	3,2	11	9,8	<b>0,018</b>
Pediátrica	2	4,1	1	1,6	3	2,7	0,825
Gastroenterológica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Pneumológica	2	4,1	0	0,0	2	1,8	-
Alergológica	2	4,1	7	11,1	9	8,0	0,314
Terapêutica ocupacional	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Oftalmológica	2	4,1	0	0,0	2	1,8	-
Ortopédica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Endocrinológica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Cardiológica	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Alopática	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Pedagógica	0	0,0	1	1,6	1	0,9	-

Legenda: N = número

-% = porcentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

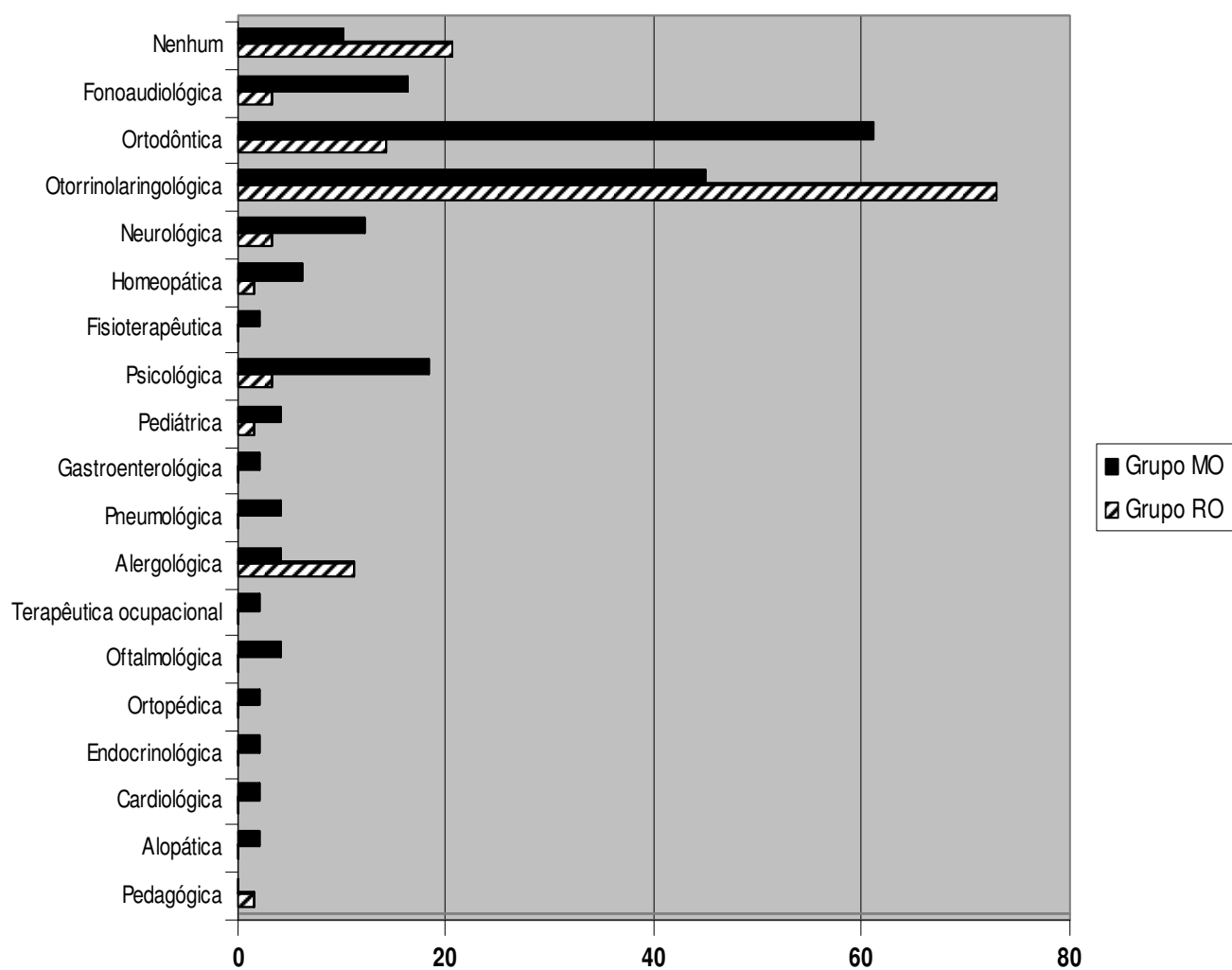


Figura 5 - Distribuição dos indivíduos quanto aos tratamentos realizados previamente

Tabela 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS DE ACORDO COM O PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

Profissional que realizou o encaminhamento	Grupos						Valor de p
	MO		RO		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Busca voluntária	6	12,2	0	0,0	6	5,3	-
Ambulatório RO	0	0,0	63	100,0	63	56,2	-
Otorrinolaringologista	8	16,3	0	0,0	8	7,1	-
Odontólogo / Ortodontista	16	32,7	0	0,0	16	14,3	-
Clínico Geral	4	8,2	0	0,0	4	3,6	-
Pediatra	5	10,2	0	0,0	5	4,5	-
Estagiário Fonoaudiologia	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Fonoaudiólogo	3	6,1	0	0,0	3	2,7	-
Psicólogo	2	4,1	0	0,0	2	1,8	-
Alergologista	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Sem Informação	3	6,1	0	0,0	3	2,7	-
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	-

Legenda: Ambulatório RO = Ambulatório do respirador oral

N = número

% = porcentagem

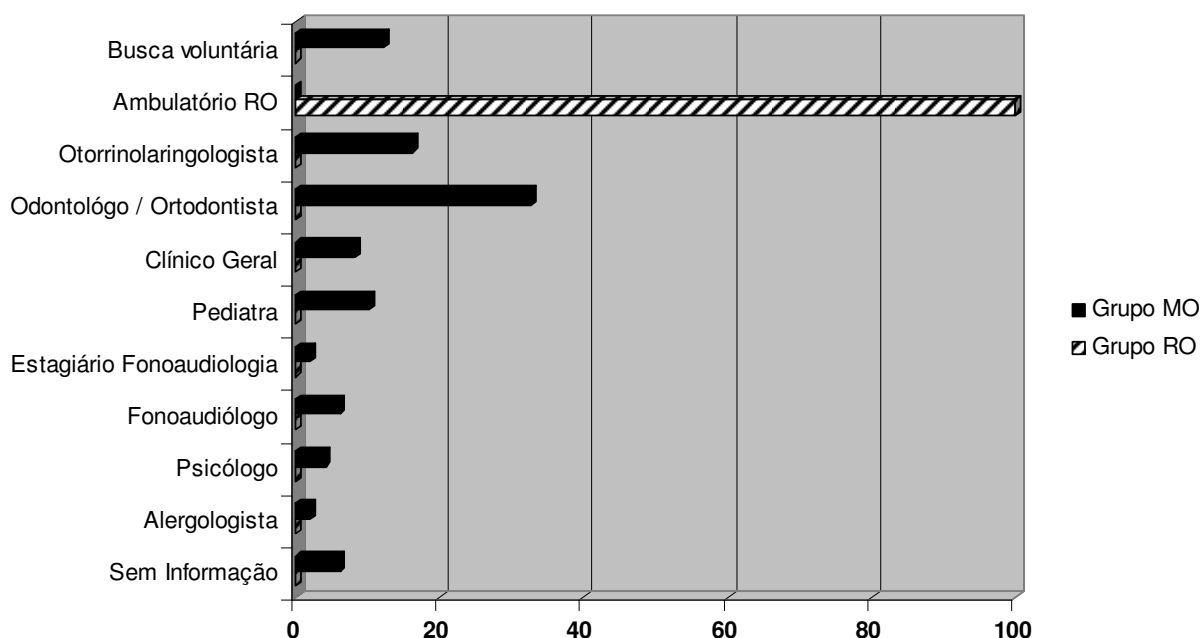


Figura 6 - Distribuição dos indivíduos de acordo com profissional que realizou o encaminhamento para tratamento fonoaudiológico



Tabela 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À SIMETRIA CORPORAL E DA FACE

Simetria corporal e da face	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Normal	15	30,6	6	9,5	21	18,8
Alterada	26	53,1	30	47,6	56	50,0
Sem Informação	8	16,3	27	42,9	35	31,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Legenda: N = número

% = porcentagem

**p=0,089 –  $X^2$  com correção de Yates**

Tabela 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DE LÁBIOS\*

Lábios	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Normal	14	28,6	7	11,1	21	18,7	<b>0,019</b>
Postura alterada	25	51,0	40	63,5	65	58,0	0,538
Tensão alterada	24	49,0	44	69,8	68	60,7	0,108
Mobilidade alterada	6	12,2	4	6,3	10	8,9	0,399
Sem Informação	4	8,2	1	1,6	5	4,5	-

Legenda: N = número

% = porcentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DAS BOCHECHAS\*

Bochechas	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Normal	13	26,5	10	15,9	23	20,5	0,166
Postura alterada	17	34,7	23	36,5	40	35,7	0,789
Tensão alterada	20	40,8	33	52,4	53	47,3	0,147
Mobilidade alterada	9	18,4	10	15,9	19	17,0	0,951
Sem Informação	5	10,2	10	15,9	15	13,4	-

Legenda: N = número

% = porcentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DA MANDÍBULA\*

Mandíbula	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Normal	16	32,7	11	17,5	27	24,1	0,062
Postura alterada	11	22,4	15	23,8	26	23,2	0,155
Mobilidade alterada	18	36,7	11	17,5	29	25,9	0,492
Sem Informação	8	16,3	30	47,6	38	33,9	-

Legenda: N = número

% = percentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DOS MÚSCULOS ELEVADORES DA MANDÍBULA

Músculos elevadores da mandíbula	Grupos					
	RO				Total	
	N	%	N	%	N	%
Tensão normal	22	44,9	13	20,6	35	31,3
Tensão alterada	10	20,4	11	17,5	21	18,7
Sem Informação	17	34,7	39	61,9	56	50,0
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

**p=0,403 -  $\chi^2$  com correção de Yates**

Tabela 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DE LÍNGUA\*

Língua	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Normal	10	20,4	8	12,7	18	16,1	0,270
Postura alterada	21	42,9	23	36,5	44	39,3	0,678
Tensão alterada	19	38,8	41	65,1	60	53,6	<b>0,005</b>
Mobilidade alterada	10	20,4	8	12,7	18	16,1	0,421
Sem Informação	3	6,1	5	7,9	8	7,1	-

Legenda: N = número

% = percentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À PRESENÇA DAS TONSILAS PALATINAS

Tonsilas palatinas	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Presentes	29	93,5	11	47,8	40	74,1
Ausentes	2	6,5	12	52,2	14	25,9
Total	31	100,0	23	100,0	54*	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

\* = Foram desprezados 58 prontuários que não continham informações sobre as tonsilas palatinas

**p<0,001 -  $\chi^2$  com correção de Yates**

Tabela 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DAS TONSILAS PALATINAS

Tonsilas palatinas	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Normais	17	54,8	5	21,7	22	40,7
Alteradas	14	45,2	18	78,3	32	59,3
Total	31	100,0	23	100,0	54*	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

\* = Foram desprezados 58 prontuários que não continham informações sobre as tonsilas palatinas

**p=0,030-  $\chi^2$  com correção de Yates**



Tabela 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES OCLUSAIS

Oclusão	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Normal	6	12,2	6	9,5	12	10,7
Alterada	37	75,6	32	50,8	69	61,6
Sem Informação	6	12,2	25	39,7	31	27,7
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

$p=0,935$  -  $X^2$  com correção de Yates

Tabela 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AOS TIPOS DE ALTERAÇÕES OCLUSAIS\*

Más oclusões	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Classe I	38	77,5	49	77,7	87	77,7	0,977
Classe II	7	14,3	12	19,0	19	17,0	0,505
Classe III	4	8,2	2	3,2	6	5,4	0,459
Mordida aberta posterior	4	8,2	1	1,6	5	4,5	0,226
Mordida em topo	2	4,1	3	4,8	5	4,5	0,773
Protrusão de inc. centrais	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Mordida aberta anterior	11	22,4	6	9,5	17	15,2	<b>0,059</b>
Sobressaliência	3	6,1	7	11,1	10	8,9	0,559
Sobremordida	4	8,2	4	6,3	8	7,1	1,000
Mordida cruzada unilateral	8	16,3	1	1,6	9	8,0	<b>0,013</b>
Mordida cruzada bilateral	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Mordida cruzada anterior	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Desvio linha méd. dent.	4	8,2	0	0,0	4	3,6	-
Diastema	7	14,3	2	3,2	9	8,0	0,073
Contato premat. dent. post.	1	2,0	0	0,0	1	0,9	-
Retrognatismo	0	0,0	1	1,6	1	0,9	-
Atresia maxilar	0	0,0	3	4,8	3	2,7	-
Apinhamento dentário	0	0,0	2	3,2	2	1,8	-
Sem informação	10	20,4	27	42,9	37	33,0	<b>0,012</b>
Sem alterações	6	12,2	6	9,5	12	10,7	0,644

Legenda: Protrusão de inc. centrais = Protrusão de incisivos centrais

Desvio linha méd. dent. = Desvio da linha média dentária

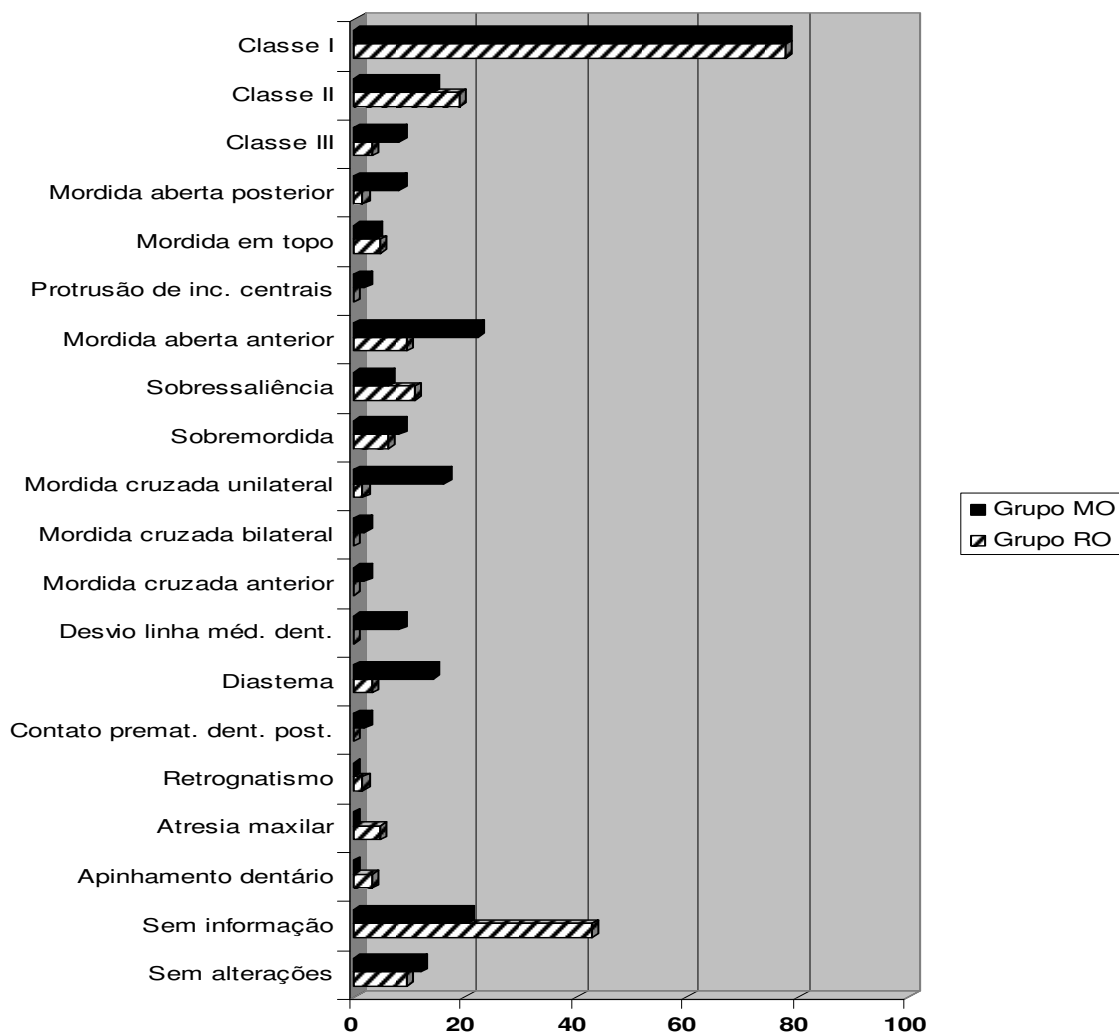
Contato premat. dent. post. = Contato prematura dos dentes posteriores

N = número

% = porcentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $X^2$  com correção de Yates



Legenda: Protrusão de inc. centrais = Protrusão de incisivos centrais

Desvio linha méd. dent. = Desvio da linha média dentária

Contato premat. dent. post. = Contato prematura dos dentes posteriores

Figura 7 - Distribuição dos indivíduos quanto aos tipos de alterações oclusais

Tabela 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DA RESPIRAÇÃO

Modo respiratório	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nasal	17	34,7	4	6,3	21	18,7
Oral / oronasal	29	59,2	59	93,7	88	78,6
Sem Informação	3	6,1	0	0,0	3	2,7
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

$p < 0,001$  -  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DA MASTIGAÇÃO

Mastigação	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Normal	13	26,6	11	17,4	24	21,4
Alterada	33	67,3	50	79,4	83	74,1
Sem Informação	3	6,1	2	3,2	5	4,5
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

**p=0,307-  $X^2$  com correção de Yates**

Tabela 23 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

Deglutição	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Normal	22	44,9	22	34,9	44	39,3
Alterada	24	49,0	39	61,9	63	56,2
Sem Informação	3	6,1	2	3,2	5	4,5
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

**p=0,305 -  $\chi^2$  com correção de Yates**

Tabela 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO ÀS ALTERAÇÕES DA FALA

Fala	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Normal	16	32,7	41	65,1	57	50,9
Alterada	30	61,2	21	33,3	51	45,6
Sem Informação	3	6,1	1	1,6	4	3,6
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Legenda: N = número

% = porcentagem

**p=0,002 -  $\chi^2$  com correção de Yates**

Tabela 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À DURAÇÃO DA TERAPIA EM MESES

Meses de terapia	Grupos		
	MO	RO	Total
Média	7,48	7,04	7,23
Desvio padrão	6,87	5,04	5,89
Mediana	6,00	6,38	6,00
Moda	1,00	1,75	1,00
Mínimo	0,25	0,25	0,25
Máximo	25,75	25,50	25,75

p=0,696 - Teste T para comparação de médias



Tabela 26 - DISTRIBUIÇÃO CATEGÓRICA DOS INDIVÍDUOS QUANTO À DURAÇÃO DA TERAPIA EM MESES

Meses de terapia	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤7	30	61,2	35	55,6	65	58,0
>7	19	38,8	28	44,4	47	42,0
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

p= 0,682 -  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AO NÚMERO DE SESSÕES OFERECIDAS

sessões oferecidas	Grupos		
	MO	RO	Total
Média	23	22	22
Desvio padrão	20	16	18
Mediana	17	18	17
Moda	5	3	9
Mínimo	2	1	1
Máximo	75	109	109

p=0,788 - Teste T para comparação de médias

Tabela 28 - DISTRIBUIÇÃO CATEGÓRICA DOS INDIVÍDUOS QUANTO AO NÚMERO DE SESSÕES OFERECIDAS

Sessões oferecidas	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 22	31	63,3	37	58,7	68	60,7
> 22	18	36,7	26	41,3	44	39,3
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

p= 0,770 -  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 29 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AO NÚMERO DE SESSÕES A QUE COMPARECEU

Sessões a que compareceu	Grupos		Total
	MO	RO	
Média	19	16	17
Desvio padrão	17	14	15
Mediana	13	12	12
Moda	3	11	11
Mínimo	1	1	1
Máximo	56	79	79

p=0,313 - Teste T para comparação de médias

Tabela 30 - DISTRIBUIÇÃO CATEGÓRICA DOS INDIVÍDUOS QUANTO AO NÚMERO DE SESSÕES A QUE COMPARECEU

Sessões a que compareceu	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤17	30	61,2	42	66,7	72	64,3
>17	19	38,8	21	33,3	40	35,7
Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

p=0,691 -  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 31 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AO NÚMERO DE ATRASOS

Atrasos	Grupos		
	MO	RO	Total
Média	0,96	0,33	0,6
Desvio padrão	1,71	0,76	1,3
Mediana	0,00	0,00	0,00
Moda	0,00	0,00	0,00
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	7,00	3,00	7,00

Tabela 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS INDICADOS PELO TERAPEUTA

Realização dos procedimentos indicados pelo terapeuta	Grupos						Valor de p*
	MO		RO		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Sim	25	51,0	26	41,3	51	45,6	0,304
Parcialmente	13	26,6	26	41,3	39	34,8	0,104
Não	3	6,1	6	9,5	9	8,0	0,759
Não se aplica	8	16,3	5	7,9	13	11,6	0,169
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	-

Legenda: N = número

% = porcentagem

\* =  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO À CONCLUSÃO DA TERAPIA

Conclusão da terapia	Grupos					
	MO		RO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alta*	15	30,6	19	30,2	34	30,4
Desligamento	34	69,4	44	69,8	78	69,6
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Legenda: N = número

% = porcentagem

\* definitiva e temporária

**p=0,876 -  $\chi^2$  com correção de Yates**



Tabela 34 - DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUANTO AOS MOTIVOS DE DESLIGAMENTO DA TERAPIA\*

Motivos de desligamento da terapia	Grupos						Valor de p**
	MO		RO		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Excesso de faltas	7	20,6	19	43,2	26	33,3	<b>0,012</b>
Falta de comprometimento	5	14,7	7	15,9	12	15,4	0,816
Incompatibilidade de horários	5	14,7	2	4,5	7	9,0	0,156
Sem acompanhante para trazer	1	2,9	1	2,3	2	2,6	-
Sem justificativa	1	2,9	1	2,3	2	2,6	-
Aguarda intervenção Orto.	2	5,9	0	0,0	2	2,6	-
Aguarda intervenção ORL	4	11,8	0	0,0	4	5,1	-
Limite terapêutico	2	5,9	2	4,5	4	5,1	0,916
Sem demanda	4	11,8	0	0,0	4	5,1	-
Paciente imaturo	1	2,9	0	0,0	1	1,3	-
Excesso de faltas e falta de comprometimento	1	2,9	5	11,4	6	7,7	0,139
Excesso de faltas e dificuldades financeiras	0	0,0	6	13,6	6	7,7	-
Excesso de faltas, dif. fin. e sem acompanhante	0	0,0	1	2,3	1	1,3	-
Falta de comprometimento e aguarda intervenção Orto.	1	2,9	0	0,0	1	1,3	-
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Legenda: dif. fin. = Dificuldades financeiras

Aguarda intervenção Orto. = Aguarda intervenção ortodôntica

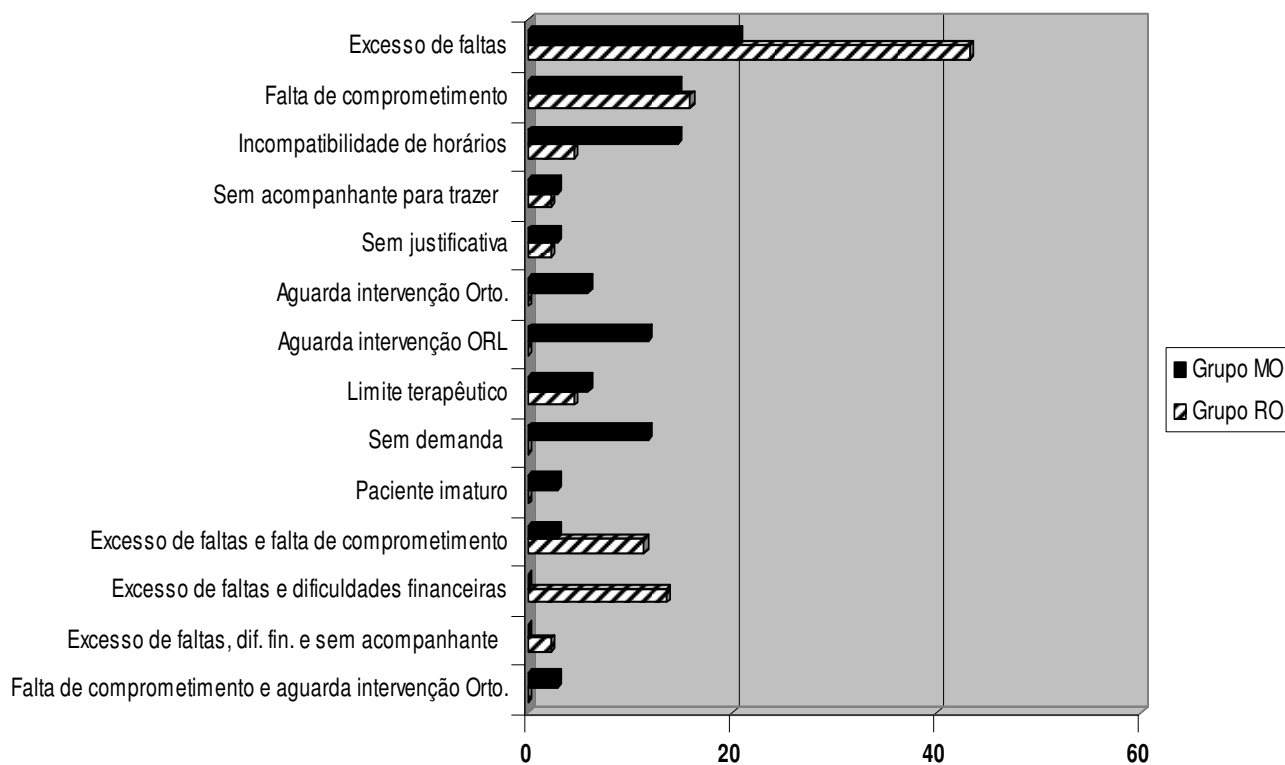
Aguarda intervenção ORL = Aguarda intervenção otorrinolaringológica

N = número

% = porcentagem

\*Grupo MO: N= 49; Grupo RO: N= 63

\*\* =  $\chi^2$  com correção de Yates



Legenda: dif. fin. = Dificuldades financeiras

Aguarda intervenção Orto. = Aguarda intervenção ortodôntica

Aguarda intervenção ORL = Aguarda intervenção otorrinolaringológica

Figura 8 - Distribuição dos indivíduos quanto aos motivos de desligamento da terapia

Tabela 35 - ASSOCIAÇÃO ENTRE GÊNERO E DURAÇÃO DA TERAPIA NO TOTAL

Gênero	Meses de terapia					
	≤7		>7		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	29	44,6	16	34,0	45	40,2
Masculino	36	55,4	31	66,0	67	59,8
Total	65	100,0	47	100,0	112	100,0

$p = 0,352$  -  $X^2$  com correção de Yates

Tabela 36 - ASSOCIAÇÃO ENTRE GÊNERO E DURAÇÃO DA TERAPIA NO GRUPO MO

Gênero	Meses de terapia					
	≤7		>7		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	13	43,3	5	26,3	18	36,7
Masculino	17	56,7	14	73,7	31	63,3
Total	30	100,0	19	100,0	49	100,0

$p=0,368$  -  $X^2$  com correção de Yates

Tabela 37 - ASSOCIAÇÃO ENTRE GÊNERO E DURAÇÃO DA TERAPIA NO GRUPO RO

Gênero	Meses de terapia					
	≤7		>7		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	16	45,7	11	39,3	27	42,9
Masculino	19	54,3	17	60,7	36	57,1
Total	35	100,0	28	100,0	63	100,0

p=0,798 -  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 38 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS QUEIXA E DURAÇÃO DA TERAPIA NO TOTAL

Queixa	Meses de terapia						Valor de p*
	≤7		> 7		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Mau posic. OFA	7	10,8	4	8,6	11	9,8	0,653
Respiração	38	58,5	30	63,8	68	60,7	0,493
Mastigação	3	4,6	2	4,2	5	4,5	1,000
Deglutição	0	0,0	1	2,1	1	0,9	-
Fala	17	26,1	10	21,3	27	24,1	0,432
Total	65	100,0	47	100,0	112	100,0	-

Legenda: Mau posic. OFA = Mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios

\*  $X^2$  com correção de Yates

Tabela 39 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS QUEIXA E DURAÇÃO DA TERAPIA NO GRUPO MO

Queixa	Meses de terapia						Valor de p*
	≤7		> 7		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Mau posic. OFA	6	20,0	4	21,0	10	20,4	1,000
Respiração	10	33,3	4	21,0	14	28,6	0,170
Mastigação	2	6,7	1	5,3	3	6,1	0,673
Deglutição	0	0,0	1	5,3	1	2,0	-
Fala	12	40,0	9	47,4	21	42,9	0,541
Total	30	100,0	19	100,0	49	100,0	-

Legenda: Mau posic. OFA = Mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios

\*  $X^2$  com correção de Yates

Tabela 40 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS QUEIXA E DURAÇÃO DA TERAPIA NO GRUPO RO

Queixa	Meses de terapia						Valor de p*
	≤7		> 7		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Mau posic. OFA	1	2,9	0	0,0	1	1,6	-
Respiração	28	80,0	26	92,9	54	85,7	0,650
Mastigação	1	2,9	1	3,6	2	3,2	0,611
Deglutição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Fala	5	14,3	1	3,6	6	9,5	<b>0,027</b>
Total	35	100,0	28	100,0	63	100,0	-

Legenda: Mau posic. OFA = Mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios

\*  $X^2$  com correção de Yates



Tabela 41 - ASSOCIAÇÃO ENTRE QUEIXA E NÚMERO DE SESSÕES A QUE COMPARECEU NO TOTAL

Queixa	Número de sessões a que compareceu						Valor de p*
	≤17		> 17		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Mau posic. OFA	8	11,1	3	7,5	11	9,8	0,776
Respiração	43	59,7	25	62,5	68	60,7	0,931
Mastigação	3	4,2	2	5,0	5	4,5	0,785
Deglutição	0	0,0	1	2,5	1	0,9	-
Fala	18	25,0	9	22,5	27	24,1	0,947
Total	72	100,0	40	100,0	112	100,0	-

Legenda: Mau posic. OFA = Mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios

\*  $\chi^2$  com correção de Yates

Tabela 42 - ASSOCIAÇÃO ENTRE QUEIXA E NÚMERO DE SESSÕES A QUE COMPARECEU NO GRUPO MO

Queixa	Número de sessões a que compareceu						Valor de p*
	≤17		> 17		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Mau posic. OFA	7	23,3	3	15,8	10	20,4	0,783
Respiração	9	30,0	5	26,3	14	28,6	0,963
Mastigação	2	6,7	1	5,3	3	6,1	0,680
Deglutição	0	0,0	1	5,3	1	2,0	-
Fala	12	40,0	9	47,4	21	42,9	0,832
Total	30	100,0	19	100,0	49	100,0	-

Legenda: \*  $X^2$  com correção de Yates

Tabela 43 - ASSOCIAÇÃO ENTRE QUEIXA E NÚMERO DE SESSÕES A QUE COMPARECEU NO GRUPO RO

Queixa	Número de sessões a que compareceu						Valor de p*
	≤17		> 17		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Mau posic. OFA	1	2,4	0	0,0	1	1,6	0,721
Respiração	34	81,0	20	95,2	54	85,7	0,251
Mastigação	1	2,4	1	4,8	2	3,2	0,799
Fala	6	14,3	0	0,0	6	9,5	0,172
Total	42	100,0	21	100,0	63	100,0	-

Legenda: \*  $X^2$  com correção de Yates

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o atendimento em motricidade orofacial no que se refere aos distúrbios da respiração, mastigação, deglutição e fala (de origem músculo-esquelética) oferecido no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG, incluindo dados de prevalência dos distúrbios miofuncionais orofaciais e cervicais, de adesão ao tratamento e de sucesso da terapia fonoaudiológica.

Observa-se na literatura científica, nacional ou mesmo internacional, uma escassez de pesquisas que apresentem a prevalência de alterações fonoaudiológicas e, mais especificamente, sobre distúrbios miofuncionais orofaciais. Entretanto, essas alterações têm se apresentado de maneira significativa dentre os distúrbios fonoaudiológicos, variando entre o segundo (Cavassani et al., 2003) e o terceiro (Andrade, 1997; Gonçalves et al., 2000) diagnóstico mais encontrado. Cabe salientar que dados bastante distintos são encontrados na literatura podendo, dependendo da população avaliada, a prevalência de distúrbios miofuncionais orofaciais e cervicais variar de 5,8% (Gonçalves et al., 2000) à 75,0% (Santos et al., 2000). Em estudo anterior realizado no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG as alterações de motricidade orofacial compuseram 33,0% da amostra (Mendonça et al., 2006).

Ressalta-se, para que a intervenção na área de motricidade orofacial seja bem sucedida, que é fundamental a realização de uma avaliação minuciosa do sistema sensorio motor oral. Deve-se pesquisar a história clínica e examinar detalhadamente estruturas e funções do sistema estomatognático (Bianchini, 2001). Destaca-se ainda que o sucesso e manutenção dos resultados da terapia miofuncional orofacial são potencializados pela abordagem interdisciplinar, opinião compartilhada também por outros autores (Bianchini, 2001; Korbmacher, Nieke, 2001; Andrade et al., 2005; Rodrigues et al., 2005; Menezes et al., 2006).

A seguir, serão descritos e confrontados com a literatura pesquisada dados relativos à anamnese.

No que se refere à idade de maior ocorrência destes distúrbios, predomina na literatura pesquisada a faixa etária entre 5 e 10 anos (Andrade, 1997; Gonçalves et al., 2000; César, Maksud, 2007). Entretanto, estes achados divergem dos encontrados em uma amostra do SUS, em que houve maior percentual de indivíduos da faixa etária de

4 à 6 anos (Gonçalves et al., 2000). No presente estudo verificou-se, considerando-se todos os pacientes investigados, uma média de idade de  $10,4 \pm 7,2$  anos (tabela 1). Contudo, é necessário ressaltar que a média de idade no Grupo MO,  $13,8 \pm 9,7$  anos, diferiu da encontrada no Grupo RO,  $7,7 \pm 2,2$  anos ( $p < 0,001$ ). Além disso, observa-se entre os grupos grande diferença em relação ao valor do desvio padrão, sendo a idade mínima a mesma (três anos), e a máxima bastante distinta nos Grupos MO (46 anos) e RO (12 anos). Estes achados podem ser justificados pelo fato de não haver limite para idade máxima no Grupo MO, enquanto os pacientes atendidos no Ambulatório do Respirador Oral apresentam, obrigatoriamente, idade entre 2 e 12 anos.

Quanto ao gênero, na amostra pesquisada houve predomínio do sexo masculino, correspondendo a 59,8% ( $n=67$ ) dos indivíduos, sem diferença estatisticamente significativa entre os Grupos MO e RO (tabela 2). Estes achados corroboram com os de outros estudos em que o percentual de indivíduos do sexo masculino predominou, variando de 54,0% (Gonçalves et al., 2000) a 66,6% (César, Maksud, 2007). Contudo, há discordância em relação aos valores descritos em outra pesquisa que indicam aproximadamente a mesma frequência de alterações do sistema sensorio motor oral nas meninas (36,5%) e nos meninos (38,5%) (Santos et al., 2000).

A queixa mais relatada na literatura compilada refere-se à fala, variando entre 23,3% da amostra de uma clínica escola e 51,8% de uma amostra do SUS (Gonçalves et al., 2000). Estes achados estão de acordo com os revelados por este estudo (tabela 3) em que, no grupo que buscou atendimento diretamente pelo Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG, 42,9% ( $n=21$ ) dos indivíduos apresentaram como queixa principal a fala, observando-se diferença estatística ( $p < 0,001$ ). Todavia, no Grupo RO houve predomínio das queixas de respiração em 85,7% ( $n=54$ ) da amostra, sendo esta diferença também estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Novamente foi encontrada diferença ( $p=0,003$ ) quanto à queixa de mau posicionamento de órgãos fonoarticulatórios, que ocorre em 20,4% ( $n=10$ ) dos pacientes do Grupo MO e em apenas 1,6% ( $n=1$ ) do Grupo RO. Estes achados divergentes entre os grupos em relação à queixa principal estão claramente relacionados ao fato de os pacientes do Grupo RO serem encaminhados por um ambulatório voltado especificamente para avaliação e tratamento de respiradores orais.

No presente estudo verificou-se que 72,3% ( $n=81$ ) da amostra total apresenta ou apresentou em algum momento da vida hábito(s) oral(is) deletério(s) não havendo diferença estatística entre os Grupos MO e RO (tabela 4). Outros estudos encontraram

percentuais que diferem dos aqui demonstrados variando entre 43,3% em um grupo de escolares (Santos et al., 2000) e 96,0% dos sujeitos de uma amostra composta exclusivamente por adolescentes (Lima et al., 2000). Entretanto os estudos acima citados não consideraram a presença prévia de hábitos orais deletérios, mas apenas a ocorrência destes no momento da realização da pesquisa. É relevante ainda destacar que não há informação quanto à presença de hábitos orais deletérios em 22,3% (n=25) dos prontuários pesquisados no presente estudo, indicando que esse tipo de dado deve ser melhor descrito pelos terapeutas na documentação dos pacientes.

Quanto aos tipos de hábitos orais deletérios (tabela 5), verificou-se no presente estudo maior prevalência do uso de mamadeira (60,5%), seguida pelo uso de chupeta (49,4%), bruxismo excêntrico (35,8%), onicofagia (33,3%), mão sob o rosto durante o sono (24,7%) e morder objetos (24,7%). Houve diferença significativa ( $p=0,024$ ) entre os grupos em relação à onicofagia, ocorrendo em 23,1% (n=9) dos sujeitos que apresentaram hábitos orais deletérios em algum período da vida no Grupo MO e com maior prevalência entre os pacientes com esta característica no Grupo RO, equivalente à 42,9% (n=18). Esta diferença entre os grupos foi inesperada, não sendo atribuível a nenhuma característica particular de um grupo ou outro. As prevalências verificadas no presente estudo corroboram em parte com estudo em que o hábito mais recorrente foi o uso de chupeta (33,3%), seguido pela onicofagia (30,0%), tendo entretanto, o uso de mamadeira apresentado ocorrência bem menor (10,0%) (Santos et al., 2000). Os valores encontrados divergem dos aferidos por outro estudo realizado com adolescentes em cuja amostra o hábito oral mais prevalente foi a onicofagia (53,0%), seguida por mastigar chicletes diariamente (48,0%), mascar balas diariamente (45,0%), morder objetos (43,0%), mastigação unilateral (33,0%) e bruxismo (27,0%) (Lima et al., 2000). Ressalta-se novamente que há abordagens metodológicas diferenciadas nos três estudos.

No que concerne à associação de hábitos deletérios, estes estiveram associados em 86,0% dos adolescentes de uma amostra, ocorrendo em média quatro hábitos orais (Lima et al., 2000). Dentre os pacientes atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG (tabela 6) a associação de dois hábitos orais foi mais comumente encontrada em 23,2% (n=26) da amostra total, seguida por três hábitos em 15,2% (n=17) e pela presença de apenas um hábito oral em 15,2% (n=17) dos casos. Observou-se diferença significativa ( $p=0,037$ ) entre os grupos quanto à associação de dois hábitos orais, verificada em 32,7% (n=16) do Grupo MO e em 15,9% (n=10) do

Grupo RO. Diante deste achado, poderia se atribuir como possível origem ou agravante das alterações do sistema estomatognático no Grupo MO o fato de que este apresenta maior prevalência de associação de hábitos orais deletérios, sendo que esta característica ocorre em menor freqüência no Grupo RO, no qual a causa dos distúrbios miofuncionais orofaciais e cervicais seria a respiração oral/oronasal em si.

Verificou-se em um estudo, realizado com pacientes do Ambulatório do Respirador Oral do HC/UFG, 44,3% de sujeitos com diagnóstico de atopia (Barros et al., 2006). Este achado está de acordo com o do presente estudo em que 49,1% (n=55) da amostra total apresentou sinais e/ou sintomas de alergia, não havendo diferença significativa entre os Grupos MO e RO (tabela 7), sendo, entretanto, o valor de p (0,064) próximo ao ponto de corte de 5%. É importante destacar que não foram encontradas informações quanto à presença de sinais e sintomas de alergia nos prontuários de 30,6% (n=15) dos pacientes do Grupo MO e de 46,0% (n=29) do Grupo RO, indicando que este parâmetro deve ser considerado e descrito com mais cuidado pelos terapeutas. Especificamente em relação aos pacientes do Grupo RO, mesmo que os dados relativos à avaliação alergológica estejam disponíveis nos prontuários do Ambulatório do Respirador Oral, é de extrema importância que estes sejam transcritos para a documentação do paciente no Ambulatório de Fonoaudiologia para que estas informações, tão relevantes à terapia fonoaudiológica, estejam facilmente acessíveis aos terapeutas que possam intervir no caso.

Quanto às avaliações solicitadas previamente (tabela 8), constatou-se no presente estudo predomínio da ausência de solicitações de avaliação em 51,0% (n=25) dos pacientes do Grupo MO e em 81,0% (n=51) do Grupo RO, tendo-se observado diferença significativa entre os grupos ( $p < 0,001$ ). Esta pode ser explicada pelo fato de o Grupo MO ser atendido inicialmente no Ambulatório de Avaliação Fonoaudiológica em que, sempre que necessário, são solicitadas avaliações de outros profissionais para esclarecer o caso do paciente, enquanto no Grupo RO os pacientes realizam previamente à intervenção fonoaudiológica avaliação otorrinolaringológica, alergológica e ortodôntica no Ambulatório do Respirador Oral. Além disso, verificou-se no Grupo MO maior ocorrência de avaliações fonoaudiológicas solicitadas a 26,7% (n=13) dos pacientes, fato que não ocorreu no Grupo RO em que este tipo de avaliação foi solicitada apenas a 4,8% (n=3) dos sujeitos, havendo diferença entre os grupos ( $p = 0,001$ ). Cabe ressaltar que na investigação deste aspecto foram consideradas avaliações solicitadas a outros serviços de Fonoaudiologia e ao Setor de Audiologia do

próprio HC/UFMG. Acredita-se que a diferença entre os grupos em relação às avaliações fonoaudiológicas solicitadas possa ser justificada novamente pelo fato de os pacientes do grupo MO serem previamente atendidos pelo Ambulatório de Avaliação Fonoaudiológica, no qual são freqüentes os encaminhamentos à Audiologia. Não foram encontrados na literatura pesquisada artigos que abordassem as avaliações solicitadas previamente aos pacientes.

No que concerne aos tratamentos realizados anteriormente (tabela 9), constatou-se alta prevalência de intervenção otorrinolaringológica verificada em 44,9% (n=22) dos pacientes do Grupo MO e em 73,0% (n=46) do Grupo RO, observando-se diferença entre os grupos ( $p=0,002$ ). Esta pode ser justificada pelo fato de o Grupo RO apresentar alterações do modo respiratório, e complicações advindas deste, que demandam acompanhamento otorrinolaringológico mais freqüente, característica menos observada no Grupo MO. O tratamento ortodôntico predominou no Grupo MO, ocorrendo em 61,2% (n=30) dos indivíduos e, no Grupo RO, foi realizado por apenas 14,3% (n=9) dos pacientes. Destaca-se que foi observada novamente diferença estatística entre os grupos ( $p<0,001$ ), sendo importante ressaltar que no Ambulatório do Respirador Oral o Grupo RO recebe avaliação ortodôntica, porém não a intervenção desta especialidade. Em contrapartida, o Grupo MO é frequentemente encaminhado pela Odontologia/Ortodontia, fato que justifica o grande número de tratamentos realizados previamente por esta especialidade. Foi verificada diferença entre os grupos também em relação ao tratamento fonoaudiológico ( $p=0,036$ ), realizado previamente por 16,3% (n=8) dos pacientes do Grupo MO e por 3,2% (n=2) do Grupo RO; e em relação ao tratamento psicológico ( $p=0,018$ ), verificado em 18,4% (n=9) dos pacientes do Grupo MO e por somente 3,2% (n=2) do Grupo RO. Em relação ao tratamento fonoaudiológico, acredita-se que a diferença entre os grupos possa ser atribuída ao fato de os pacientes do Grupo MO poderem apresentar com freqüência recidivas de alterações ortodônticas, que causam inadequações no sistema estomatognático mesmo após intervenção prévia da Fonoaudiologia. Nestes casos, também é comum que os pacientes necessitem interromper a fonoterapia para adequar as estruturas do sistema estomatognático e, posteriormente, reiniciar a terapia fonoaudiológica com enfoque nas funções de respiração, mastigação, deglutição e fala. Ressalta-se que a diferença entre os grupos quanto ao tratamento psicológico não era esperada, não sendo possível atribuí-las a nenhuma característica conhecida até o momento.



Em relação ao profissional que realizou o encaminhamento verificou-se em alguns estudos que o clínico geral foi o mais citado com percentual variando entre 44,6% (Gonçalves et al., 2000) e 24,0% em estudo realizado no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG (Mendonça et al. 2006). O otorrinolaringologista esteve entre o segundo (Gonçalves et al., 2000) e o terceiro (Mendonça et al. 2006) profissional que mais realizou encaminhamentos, representando, respectivamente, percentual de 20,3% e 11,2% nas pesquisas citadas. O professor esteve entre o primeiro (Gonçalves et al., 2000) e o quarto profissional que mais realizou encaminhamentos (Mendonça et al. 2006), representando respectivamente 21,5% e 6,0% das amostras dos referidos estudos. Em estudo prévio realizado no Ambulatório de Fonoaudiologia, o pediatra foi o segundo profissional que mais encaminhou pacientes à Fonoaudiologia, tendo realizado este procedimento em relação à 23,7% da amostra (Mendonça et al. 2006). Cabe ressaltar que os estudos acima descritos foram realizados com pacientes com alterações fonoaudiológicas gerais e não especificamente referentes ao sistema miofuncional orofacial e cervical. No presente estudo (tabela 10) o grupo que buscou atendimento diretamente pelo Ambulatório de Fonoaudiologia foi predominantemente encaminhado pelo odontólogo/ortodontista em 32,7% (n=16) dos casos e, em concordância com a literatura pesquisada, o otorrinolaringologista foi um dos profissionais que mais realizou encaminhamentos, em 16,3% (n=8) dos casos, estando em segundo lugar. Destaca-se que no Grupo RO 100,0% (n=63) dos pacientes foram encaminhados pelo Ambulatório do Respirador Oral, tendo sido avaliados pela equipe de Fonoaudiologia que verificou necessidade de terapia miofuncional orofacial e cervical.

Á seguir, serão discutidos e confrontados com a literatura pesquisada os achados referentes aos dados do exame clínico verificados no presente estudo.

Um estudo refere alterações posturais significantes em um grupo de crianças respiradoras orais com mais de 8 anos de idade (Krakauer, Guilherme, 2000). No presente estudo verificou-se um percentual relevante de alterações da simetria corporal e da face, equivalente à 47,6% (n=30) dos sujeitos do Grupo RO e à 53,1% (n=26) do Grupo MO, sem diferença estatística entre os grupos (tabela 11). Não foram relatadas informações quanto a este aspecto nos prontuários de 31,2% (n=35) dos pacientes da amostra total, sendo 16,3% (n=8) dos sujeitos do Grupo MO e 42,9% (n=27) do Grupo RO, indicando que este dado precisa ser melhor descrito pelos terapeutas, especialmente no segundo grupo.

Quanto aos aspectos relativos aos lábios, estudos com respiradores orais e oronasais verificaram alta prevalência de alterações na postura de lábios variando entre 58,8% (Menezes et al., 2006) e 80,0% em amostra do Ambulatório do Respirador Oral (HC/UFMG) (Bicalho et al., 2006). Na literatura observa-se diferença estatisticamente significativa em relação à postura de lábios no grupo de respiradores orais/oronasais e nasais (Rodrigues et al., 2005; Bicalho et al., 2006; Menezes et al., 2006). No presente estudo foram encontrados valores semelhantes aos apresentados pela literatura quanto à alteração da postura de lábios (tabela 12), verificada em 63,5% (n=40) dos indivíduos do Grupo RO. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto a este aspecto entre os Grupos MO e RO, sendo que no primeiro grupo a prevalência de alterações na postura de lábios foi de 51,0% (n=25). Em relação à alteração da tensão de lábios observou-se nas pesquisas com respiradores orais ampla variação, de 23,8% (Menezes et al., 2006) a 97,5% (Andrade et al., 2005). Em estudo também realizado no Ambulatório do Respirador Oral (HC/UFMG) observou-se alteração da tensão de lábios em 55,0% da amostra. Este valor se assemelha ao encontrado no presente estudo, que foi de 69,8% (n=44) do Grupo RO e de 49,0% (n=24) do Grupo MO. Não foi constatada diferença estatisticamente significativa quanto à alteração da tensão de lábios entre os grupos. Em relação à mobilidade de lábios, não foram descritas alterações quanto a este aspecto na literatura. Neste estudo houve baixa prevalência de dificuldade de mobilidade, ocorrendo em 6,3% (n=4) dos indivíduos do Grupo RO e em 12,2% (n=6) do Grupo MO, sem diferença estatística entre os grupos (tabela 12). Verificou-se diferença entre os grupos ( $p=0,019$ ) quanto à presença de lábios normais, encontrada em 28,6% (n=14) dos pacientes do grupo MO e em 11,1% (n=7) do Grupo RO, o que demonstra que há maior prevalência de normalidade em relação aos lábios no Grupo MO, porém, sendo detectadas alterações, estas são proporcionais entre os grupos.

No que concerne aos aspectos relativos à tensão das bochechas, verificou-se na literatura prevalência de alterações variando entre 45,0% (Bicalho et al., 2006) e 77,5% (Andrade et al., 2005) em amostras de respiradores orais/oronasais, não havendo diferença significativa entre estes indivíduos e os respiradores nasais em ambas as pesquisas. No presente estudo (tabela 13) foram encontradas alterações na tensão de bochechas em 52,4% (n=33) dos pacientes do Grupo RO e em 40,8% (n=20) do Grupo MO, sem prevalência estatisticamente maior em um grupo ou outro. Tais valores se assemelham aos verificados no primeiro estudo citado (Bicalho et al., 2006), também

realizado no Ambulatório do Respirador Oral (HC/UFMG). Não foram verificadas na literatura analisada referências à alteração de postura e mobilidade das bochechas. Alterações relativas à postura de bochechas foram aferidas em 34,7% (n=17) dos sujeitos do Grupo MO e em 36,5% (n=23) do Grupo RO. No que se refere à alteração na mobilidade de bochechas, estas foram observadas em 18,4% (n=9) dos pacientes do Grupo MO e em 15,9% (n=10) do Grupo RO. Não foram constatadas diferenças significantes entre os Grupos MO e RO quanto aos aspectos de postura e mobilidade de bochechas.

Foram verificadas alterações relativas à postura mandibular em 22,4% (n=11) dos pacientes do Grupo MO e em 23,8% (n=15) do Grupo RO (tabela 14). Em relação à mobilidade da mandíbula verificou-se predomínio de alterações no Grupo MO, em 36,7% (n=18) dos sujeitos, enquanto no Grupo RO esse tipo de alteração ocorreu em 17,5% (n=11) dos pacientes. Não foram observadas diferenças significantes entre os grupos quanto à postura e mobilidade mandibular, assim como não foram encontrados na literatura compilada dados relativos a estes aspectos que pudessem ser confrontados aos aferidos no presente estudo.

Quanto aos músculos elevadores da mandíbula (tabela 15), observou-se alterações em 20,4% (n=10) do Grupo MO e em 17,5% (n=11) do Grupo RO, sem diferença estatística entre os grupos. Cabe ressaltar que houve alta prevalência, mais acentuada no Grupo RO, de ausência de informações nos prontuários acerca deste aspecto, verificada em 34,7% (n=17) dos prontuários do Grupo MO e em 61,9% (n=39) do Grupo RO. Este achado reforça a necessidade de maior atenção dos terapeutas para que dados acerca dos músculos elevadores da mandíbula sejam mais frequentemente descritos. Na literatura analisada, não foram encontradas pesquisas que abordassem este aspecto para confronto com os achados do presente estudo.

Verificou-se entre os estudos pesquisados ampla variação de resultados em relação à prevalência de alterações da tensão de língua, aferida em 40,0% de uma amostra do Ambulatório do Respirador Oral (HC/UFMG) (Bicalho et al., 2006) e em 80,0% de uma amostra composta por respiradores orais (Andrade et al., 2005). Outro estudo verificou alteração da tensão de língua em 70,9% dos sujeitos pesquisados, havendo diferença estatística entre os respiradores orais/oronasais e nasais. No presente estudo (tabela 16) houve alteração da tensão de língua com prevalência estatisticamente maior ( $p=0,005$ ) no Grupo RO, ocorrendo em 65,1% (n=41) dos pacientes, quando comparada ao Grupo MO, no qual foi observada em 38,8% (n=19)

dos sujeitos. A diferença entre os grupos quanto a este aspecto foi inesperada, devido ao fato de na prática clínica observar-se com freqüência alterações referentes à tensão de língua em ambos os grupos. Alterações relativas à postura e mobilidade de língua não foram mencionados na literatura pesquisada. Neste estudo verificou-se alteração da postura de língua em 42,9% (n=21) dos pacientes do Grupo MO e em 36,5% (n=23) do Grupo RO. Quanto à mobilidade de língua foram observadas alterações em 20,4% (n=10) dos indivíduos do Grupo MO e em 12,7% (n=8) do Grupo RO. Não foram constatadas diferenças significantes entre os Grupos MO e RO quanto à postura e mobilidade de língua.

Em relação à presença de tonsilas palatinas (tabela 17), houve predomínio no Grupo MO ocorrendo em 93,9% (n=29) dos pacientes e em apenas 47,8% (n=11) dos sujeitos do Grupo RO, constatando-se diferença significativa entre os grupos ( $p < 0,001$ ). A discrepância entre os grupos pode ser justificada pelo fato de os pacientes do Grupo RO serem freqüentemente submetidos à intervenção cirúrgica para o tratamento da respiração oral, incluindo a amigdalectomia. Quanto às alterações das tonsilas palatinas (tabela 18), observou-se predomínio no Grupo RO, em que as tonsilas palatinas mostraram-se alteradas em 78,3% (n=18) dos pacientes, e no Grupo MO, as alterações ocorreram em 45,2% (n=14) dos sujeitos, verificando-se novamente diferença estatística entre os grupos ( $p = 0,030$ ). Cabe ressaltar que 51,8% (n=58) dos prontuários de ambos os grupos não continham informações acerca da presença e alteração de tonsilas palatinas, fato que indica pouco cuidado por parte dos terapeutas no preenchimento destes dados nos prontuários.

Observou-se na literatura compilada presença de má oclusão em 70,9% de uma amostra de pacientes sob tratamento ortodôntico (Rodrigues et al., 2005) e em 70,0% de respiradores orais atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia (HC/UFMG) (Bicalho et al., 2006). Estes achados se assemelham aos verificados neste estudo (tabela 19) no Grupo MO, no qual 75,6% (n=37) dos pacientes apresentaram alteração da oclusão. No Grupo RO os casos de má oclusão foram menos expressivos, ocorrendo em 50,8% (n=32) dos pacientes, entretanto, não houve diferença estatística entre os grupos.

Quanto ao tipo de má oclusão mais observada, verificou-se na literatura predomínio da Classe II de Angle, compondo 50,0% de uma amostra de respiradores orais (Andrade et al., 2005) e 81,8% de uma amostra de pacientes sob tratamento ortodôntico (Rodrigues et al., 2005). Neste último estudo observou-se 13,6% de

pacientes Classe I, e 4,5% Classe III (Rodrigues et al., 2005). Outro estudo, cuja amostra foi composta por 279 respiradores orais, discorda dos anteriores e apresenta maior prevalência de alterações oclusais do tipo Classe I, equivalentes a 60,0% dos casos, enquanto apenas 11,0% dos sujeitos foram classificados na Classe II e 28,0% na Classe III (Junqueira et al., 2006). Os resultados do presente estudo (tabela 20) se assemelham ao da última pesquisa citada em relação à prevalência de indivíduos Classe I, verificada em 77,5% (n=38) dos pacientes do Grupo MO e em 77,7% (n=49) dos pacientes do Grupo RO, sem diferença estatística entre os grupos. A má oclusão do tipo Classe II esteve presente em 14,3% (n=7) dos sujeitos no Grupo MO e em 19,0% (n=19) dos sujeitos do Grupo RO. O tipo de má oclusão menos recorrente na amostra, a Classe III, ocorreu em 8,2% (n=4) no Grupo MO e em 3,2% (n=2) dos sujeitos do Grupo RO. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação aos tipos de má oclusão.

A mordida aberta anterior foi a alteração oclusal mais freqüente no presente estudo (tabela 20). Foi observada na literatura pesquisada expressiva prevalência desta má oclusão) variando entre 60,0%, em crianças participantes de um projeto da Universidade de Pernambuco (Menezes et al., 2006), e 88,9%, em estudo com pequena amostra (Cavassani et al., 2003). Os referidos resultados diferem dos verificados na presente pesquisa (tabela 20), na qual 22,4% (n=11) do Grupo MO e 9,5% (n=6) do Grupo RO apresentaram este tipo de má oclusão, havendo diferença estatística entre os grupos ( $p=0,059$ ). Observou-se diferença entre os grupos também em relação à mordida cruzada unilateral ( $p=0,013$ ), presente em 16,3% (n=8) do Grupo MO e em apenas 1,6% (n=1) do grupo RO. Destaca-se entre os achados a ausência de informações acerca dos tipos de alterações oclusais, verificada em 20,4% (n=10) do Grupo MO e em 42,9% (n=27) do Grupo RO, havendo inclusive diferença significativa entre os grupos ( $p=0,012$ ). Este grande percentual de ausência de informações no Grupo RO não era esperado, especialmente pelo fato de todos os pacientes atendidos no Ambulatório do Respirador Oral serem avaliados pela Ortodontia, portanto estas informações são acessíveis aos terapeutas e deveriam ser especificadas também nos prontuários do Ambulatório de Fonoaudiologia. Ressalta-se que a grande prevalência de perda de informações pode ser responsável também pela diferença entre os grupos quanto à mordida aberta anterior e mordida cruzada unilateral.

No presente estudo foram verificadas alterações relativas ao modo respiratório (tabela 21) em 59,2% (n=29) da amostra do Grupo MO e em 93,3% (n=59) do Grupo

RO, tendo sido verificada diferença significativa entre os grupos ( $p < 0,001$ ). Estes achados indicam que mesmo após serem submetidos a tratamento cirúrgico ou medicamentoso os pacientes do Grupo RO não conseguiram automatizar o modo respiratório nasal, fato que ressalta e justifica a importância da intervenção fonoaudiológica. Percentual diferente do aferido no Grupo MO foi encontrado em estudo, com pequena amostra, que constatou prevalência de 88,9% de respiradores orais/oronasais (Cavassani et al., 2003). Outros estudos verificaram percentual de alterações do modo respiratório em 70,9%, de uma amostra de sujeitos sob tratamento ortodôntico (Rodrigues et al., 2005) e em 53,3% de crianças participantes de um projeto da Universidade de Pernambuco (Menezes et al., 2006), sendo que os achados verificados neste último estudo corroboram com os encontrados no Grupo MO do presente estudo.

Quanto à mastigação, foram observadas alterações variando na literatura pesquisada entre 70,9%, em amostra de pacientes sob tratamento ortodôntico (Rodrigues et al., 2005), e 95,0% em uma amostra de 20 respiradores orais com alteração de deglutição atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG (Bicalho et al., 2006). Estes achados se assemelham aos aferidos neste estudo (tabela 22) no qual houve alteração da mastigação em 67,3% ( $n=33$ ) do Grupo MO e em 79,4% ( $n=50$ ) do Grupo RO, sem diferença estatística entre os grupos.

No que se refere à prevalência de alterações da deglutição na literatura, verificou-se variação de 77,4%, em amostra de pacientes sob tratamento ortodôntico (Rodrigues et al., 2005) a 90,9%, em uma amostra de 22 respiradores orais atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG (Bicalho et al., 2006). Os valores encontrados na literatura diferem dos observados neste estudo (tabela 23) em que a prevalência de alterações da deglutição foi de 49,0% ( $n=24$ ) no Grupo MO e de 61,9% ( $n=39$ ) no Grupo RO, sem diferença significativa entre os grupos. A alta prevalência de alterações de deglutição poderia ser explicada, pelas freqüentes alterações oclusais, verificadas em ambos os grupos e pelas alterações de modo respiratório, predominantes no Grupo RO.

Constatou-se na literatura pesquisada presença de alterações fonoarticulatórias variando entre 50,0%, em uma amostra de pré-escolares e escolares (Santos et al., 2000), e 65,0% em amostra de respiradores orais atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG (Bicalho et al., 2006). Outro estudo, também realizado no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG, observou alterações de fala em 53,0%

da amostra (Mendonça et al., 2006). Os dados acima descritos corroboram com os observados neste estudo (tabela 24) no Grupo MO, em que 61,2% (n=30) dos indivíduos apresentaram alterações de fala, as quais foram menos prevalentes, com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,002$ ), em relação ao Grupo RO, em que este tipo de alteração foi encontrada em 33,3% (n=21) dos pacientes. Este fato poderia ser justificado pela maior ocorrência de alterações oclusais no Grupo MO, a qual pode originar distúrbios da função fala em decorrência da alteração das estruturas do sistema estomatognático.

Será apresentada abaixo a discussão dos aspectos relativos à adesão e sucesso da terapia fonoaudiológica.

Quanto à duração da terapia em meses, um estudo verificou que o tempo médio para se alcançar o selamento labial, exclusivamente, foi de 2 meses e meio (Oliveira et al., 2006c). Estes resultados discordam dos observados no presente trabalho (tabela 25) em que a média de duração da terapia em meses foi de  $7,48 \pm 6,87$  meses no Grupo MO e  $7,04 \pm 5,04$  meses no Grupo RO, não havendo diferença estatística entre os grupos. É importante destacar que houve ampla variação quanto à duração da terapia observando-se valor de desvio padrão alto, apesar dos valores de média e mediana não serem muito distantes. Ressalta-se que o fato de estudo apresentado na literatura (Oliveira et al., 2006c) apresentar como único objetivo o selamento labial configura-se em diferença metodológica relevante em relação ao presente estudo e justifica a discrepância entre os resultados.

Em relação à distribuição categórica dos indivíduos quanto à duração da terapia em meses (tabela 26), prevaleceu em ambos os grupos média menor ou igual a sete meses. Esta característica ocorreu em 61,2% (n=30) dos pacientes do Grupo MO e em 55,6% (n=35) do Grupo RO, sem diferença estatística.

No que concerne ao número de sessões oferecidas (tabela 27), não houve diferença estatística entre os grupos, sendo que a média no Grupo MO foi de  $23 \pm 20$  e no Grupo RO de  $22 \pm 16$  sessões. Em relação à estes dados também observou-se desvio padrão amplo indicando dados heterogêneos. O número máximo de sessões foi maior no Grupo RO, chegando à 109, contudo constatou-se número elevado também no Grupo MO, equivalente à 75 sessões. Na literatura pesquisada não foram encontradas referências relativas ao número de sessões oferecidas.

Quanto à distribuição categórica dos indivíduos relativa ao número de sessões oferecidas (tabela 28), constatou-se em ambos os grupos maior prevalência de 22 ou

menos sessões. Este achado ocorreu em 63,3% (n=31) do Grupo MO e em 58,7% (n=37) do Grupo RO, não sendo observada diferença significativa entre os grupos.

No que se refere ao número de sessões para conclusão da terapia, um estudo realizado em uma clínica escola verificou variação de três a 39 sessões (Oliveira et al., 2006b). Outra pesquisa, realizada no mesmo local, constatou tempo médio de nove sessões para concluir a terapia com o objetivo único de automatizar o selamento labial (Oliveira et al., 2006c). Estes achados divergem dos observados no presente estudo (tabela 29) em que o número de sessões no Grupo MO variou de uma a 56 sessões e no Grupo RO de uma a 79 sessões (tabela 28). A média do número de sessões no Grupo MO foi de  $19 \pm 17$  sessões e no Grupo RO de  $16 \pm 14$  sessões. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao número de sessões. Cabe ressaltar que a diferença entre os achados da presente pesquisa e os da literatura pode ser determinada em parte pelo fato de que, no Ambulatório de Fonoaudiologia, parte dos pacientes na área de motricidade orofacial e cervical são atendidos pelos graduandos do quinto período, os quais estão iniciando sua experiência na prática clínica, característica que justifica maior demanda de sessões para a realização dos procedimentos terapêuticos necessários. Além disso, ocorre a rotatividade de terapeutas a cada semestre, fato que também atrasa a evolução do processo terapêutico, uma vez que os novos terapeutas empregam algumas sessões em processos reavaliativos e interação com os pacientes.

Em relação à distribuição categórica dos indivíduos quanto ao número de sessões a que compareceu (tabela 30), prevaleceu em ambos os grupos, sem diferença estatística entre os mesmos, média menor ou igual a 17 sessões. Esta característica ocorreu em 61,2% (n=30) dos pacientes do Grupo MO e em 66,7% (n=42) do Grupo RO.

Quanto ao número de atrasos (tabela 31), verificou-se média de  $0,96 \pm 1,71$ , com o máximo de sete atrasos no Grupo MO e de  $0,33 \pm 0,76$  com o máximo de três atrasos no Grupo RO. Entretanto é necessário ressaltar que as informações quanto aos atrasos são raras e, portanto, os dados aferidos no presente estudo contradizem a realidade do Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG. É bastante relevante que os terapeutas descrevam nos prontuários dados relativos aos atrasos, devido ao fato de estes configurarem-se em importantes indicadores da adesão dos pacientes à fonoterapia. Não foram encontrados na literatura compilada estudos referentes a este aspecto. É importante destacar que o Teste T para comparação de médias não foi realizado



devido ao fato destas apresentarem valores inferiores próximas a zero. Além disso, não foi apresentada a distribuição categórica dos indivíduos quanto ao número de atrasos devido à freqüente ausência de informação quanto a este aspecto nos prontuários.

No presente estudo (tabela 32), verificou-se que 51,0% (n=25) dos pacientes do Grupo MO realizaram os procedimentos indicados pelo terapeuta assim como 41,3% (n=26) dos pacientes do Grupo RO, não havendo diferença entre os grupos. No Grupo MO, houve menor prevalência de sujeitos que realizavam os procedimentos apenas parcialmente, 26,6% (n=13), enquanto no Grupo RO 41,3% (n=26) apresentaram este tipo de comportamento, sendo que não houve diferença estatística entre os grupos. Em relação aos sujeitos que não realizavam os procedimentos indicados, verificou-se pequena prevalência, equivalente à 6,1% (n=3) no Grupo MO e 9,5% (n=6) no Grupo RO, também sem diferença entre os grupos. Na literatura pesquisada, não foram descritos dados acerca da realização dos procedimentos indicados pelo terapeuta.

Em relação à conclusão da terapia fonoaudiológica, um estudo realizado com adultos apresentando queixas de fala verificou prevalência de alta definitiva ou controlada de 56,8% e percentual de pacientes que desistiram da terapia equivalente à 31,8% (Oliveira et al., 2006a). Estes achados diferem dos constatados no presente estudo (tabela 33) em que 30,6% (n=15) do Grupo MO e 30,2% (n=19) do Grupo RO receberam alta definitiva ou temporária. A prevalência de desligamentos no Grupo MO foi de 69,4% (n=34) e de 69,8% (n=44) do Grupo RO, sendo que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à prevalência de altas definitivas/temporárias e desligamentos. É importante destacar que os estudos apresentam características metodológicas bastante divergentes que comprometem a comparação entre os mesmos.

Um estudo verificou em sua amostra de adultos com queixas de fala que os motivos para a desistência da terapia por parte dos pacientes foram impossibilidade de comparecimento devido ao horário de trabalho em 64,3% dos casos e satisfação com resultados parciais da terapia para 35,7% dos demais pacientes. Estes achados divergem dos verificados no presente estudo (tabela 34), em que os motivos de desligamento mais recorrentes foram o excesso de faltas, que ocorreu em 20,6% (n=7) do Grupo MO e em 43,2% (n=19) do Grupo RO; a falta de comprometimento, verificada em 14,7% (n=5) do Grupo MO e em 15,9% (n=7) do Grupo RO; e a incompatibilidade de horários observada em 14,7% (n=5) do Grupo MO e em 4,5% (n=2) do Grupo RO. Foi verificada diferença significativa ( $p=0,012$ ) entre os grupos em relação à faltas

excessivas como motivo de desligamento. Acredita-se que o excesso de faltas predominou no Grupo RO devido ao fato de estes pacientes não procurarem espontaneamente o atendimento fonoaudiológico, sendo informados da necessidade deste no Ambulatório do Respirador Oral após avaliação e conduta da equipe interdisciplinar, enquanto no Grupo MO os sujeitos buscam o atendimento diretamente, ou seja, de forma espontânea no Ambulatório de Fonoaudiologia. É importante destacar também que os pacientes ou responsáveis de ambos os grupos são orientados, ao início da intervenção fonoaudiológica, sobre a importância da frequência e pontualidade às sessões e assinam um termo de compromisso demonstrando estar cientes em relação à estes aspectos. Neste termo é informado que ocorrendo duas faltas o paciente será automaticamente excluído do atendimento e que casos especiais, de falta justificada com apresentação de atestado médico, serão analisados pelos supervisores que decidirão como proceder. Entretanto, mesmo diante do esclarecimento, observa-se que as faltas são muito freqüentes em ambos os grupos. Cabe ressaltar ainda que as diferenças entre o presente estudo e a literatura pesquisada podem estar relacionadas ao fato de a população desta ser composta por adultos, os quais só procuram atendimento fonoaudiológico caso estejam motivados a comparecer às sessões, ao contrário da amostra do presente estudo, em que a maioria dos pacientes são crianças que dependem de um cuidador para trazê-las à terapia, fato que justifica o excesso de faltas como principal motivo de desligamento.

No presente estudo não foi verificada associação estatística entre gênero e duração da terapia (tabela 35), apesar de ter sido constatado que os indivíduos do sexo masculino apresentaram em sua maioria, 66,0% (n=31), duração da terapia superior a sete meses, enquanto predominou nos indivíduos do sexo feminino, 44,6% (n=29), duração da terapia igual ou inferior a sete meses. Também não foram constatadas diferenças estatísticas quanto à associação entre gênero e duração da terapia no Grupo MO (tabela 36) e no Grupo RO (tabela 37), observando-se a mesma tendência descrita para a amostra total.

Em relação à associação entre queixa e duração da terapia (tabela 38), não constatou-se diferença estatística significativa na amostra total do presente estudo, tendo ocorrido o mesmo fato no Grupo MO (tabela 39). Contudo, no que se refere à associação das variáveis acima citadas no Grupo RO (tabela 40), foi observada diferença estatística ( $p=0,027$ ). Os pacientes com queixa de fala no grupo RO apresentaram majoritariamente duração da terapia igual ou inferior a sete meses,

verificada em 14,3% (n=5) dos casos, enquanto apenas em 3,6% (n=1) a duração da terapia foi superior a sete meses.

Quanto à associação entre queixa e número de sessões a que o indivíduo compareceu (tabela 41), não foi aferido valor de p significativo na amostra total. A mesma característica foi observada ao se associar as variáveis mencionadas no Grupo MO (tabela 42) e no Grupo RO (tabela 43). Esta característica foi inesperada, pois acreditava-se que a queixa poderia influenciar na adesão ao tratamento fonoaudiológico, refletido no número de sessões a que os pacientes compareceram, sendo que alterações mais visíveis teriam maior adesão dos pacientes e famílias.

Considerando-se os resultados do presente estudo ressalta-se que eram esperadas maior freqüência de diferenças significantes entre os grupos, especialmente quanto aos dados de adesão e sucesso da terapia fonoaudiológica, uma vez que os pacientes do Grupo RO não buscam o atendimento fonoaudiológico diretamente, sendo informados da necessidade de terapia ao buscarem intervenção otorrinolaringológica no Ambulatório do Respirador Oral. Esta característica difere da observada no Grupo MO, no qual os pacientes buscam o atendimento espontaneamente no Ambulatório de Fonoaudiologia, sendo por esse motivo, teoricamente mais conscientes da necessidade da fonoterapia e, portanto, mais assíduos e comprometidos com os procedimentos indicados, assim como teriam a alta como conclusão da terapia de forma mais prevalente.

Merece destaque também o fato de muitos dados não serem descritos nos prontuários dos pacientes, em ambos os grupos, sendo necessária, portanto, a conscientização dos terapeutas acerca deste aspecto. Esta característica foi um fator limitante da realização deste estudo, pois caso as informações dos pacientes fossem especificadas com mais freqüência, os achados seriam mais fidedignos e contribuiriam mais efetivamente para a formulação de condutas diante do conhecimento amplo do perfil dos sujeitos atendidos.

Sugere-se que outros estudos abordando a caracterização em relação à anamnese, dados de exame clínico e, especialmente, quanto à adesão e sucesso da terapia fonoaudiológica em motricidade orofacial sejam conduzidos para que futuramente seja possível traçar o perfil destes pacientes, assim como formular condutas apropriadas às suas especificidades em níveis mais amplos, como, por exemplo, a esfera municipal. Acredita-se que, desta forma será aprimorada a qualidade e efetividade do atendimento oferecido a estes pacientes.

## 6 CONCLUSÃO

1. Os pacientes do Ambulatório de Fonoaudiologia do HC/UFMG apresentaram idade média de 10,4 anos, sendo em sua maioria do sexo masculino. A principal queixa referiu-se à respiração, tendo-se observado grande prevalência de hábitos orais deletérios em algum momento do desenvolvimento, assim como presença de sinais e sintomas de alergia. Grande parte dos pacientes apresentou alterações das estruturas do sistema estomatognático sendo as mais prevalentes relativas à simetria corporal e da face, tensão de lábios, bochechas, e língua, tonsilas palatinas e oclusão, tendo-se destacado a Classe I de Angle. Em relação às funções verificou-se que a maioria dos sujeitos apresentou alteração da respiração, mastigação e deglutição, sendo a fala predominantemente normal. A duração média da terapia foi de 7,23 meses, a média do número de sessões oferecidas foi de 22, sendo que os pacientes compareceram em média à 17, observando-se número de atrasos de 0,6 em média. A maioria dos pacientes realizava os procedimentos indicados pelo terapeuta. A conclusão da terapia foi majoritariamente o desligamento, sendo a causa mais freqüente o excesso de faltas e a ausência de comprometimento com o processo terapêutico. Verificou-se associação significativa entre as variáveis queixa e duração da terapia, exclusivamente no Grupo RO. Quanto às demais associações, gênero e duração da terapia, queixa e número de sessões a que compareceu, não foram observados valores significantes.
2. Os pacientes que buscaram diretamente o Ambulatório de Fonoaudiologia diferiram daqueles que foram encaminhados para fonoterapia pelo Ambulatório do Respirador Oral quanto à média de idade, queixa, tipos de hábitos orais deletérios, número de hábitos associados, avaliações solicitadas, tratamentos realizados; adequação dos lábios, tensão de língua, presença e alteração de tonsilas palatinas; tipos de más oclusões, respiração, fala e motivo de desligamento.

## Anexo 1

**Roteiro de Coleta dos Dados de Prontuário****1. Dados da anamnese:**

- Idade:
- Gênero: Feminino ( ) Masculino ( )
- Queixa:
  - Mau posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios ( )
  - Respiração ( )
  - Sucção ( )
  - Mastigação ( )
  - Deglutição ( )
  - Fala ( )
  - Outros ( ) \_\_\_\_\_
  
- Presença prévia ou atual de hábitos orais deletérios: Sim ( ) Não ( )  
Qual(is): \_\_\_\_\_
  
- Presença de alergia: Sim ( ) Não ( )
  

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Avaliações solicitadas:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fonoaudiológico ( )</li><li>○ Ortodôntico ( )</li><li>○ Otorrinolaringológico ( )</li><li>○ Neurológico ( )</li><li>○ Homeopático ( )</li><li>○ Fisioterápico ( )</li><li>○ Psicológico ( )</li><li>○ Outros ( )</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tratamentos realizados:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fonoaudiológico ( )</li><li>○ Ortodôntico ( )</li><li>○ Otorrinolaringológico ( )</li><li>○ Neurológico ( )</li><li>○ Homeopático ( )</li><li>○ Fisioterápico ( )</li><li>○ Psicológico ( )</li><li>○ Outros ( )</li></ul></li></ul>
---	---

  
- Forma de acesso aos serviços:
  - Encaminhamento de outro profissional ( ) \_\_\_\_\_
  - Busca voluntária pelo atendimento ( )

## 2. Dados do exame clínico:

- Simetria corporal e/ou da face: Normal ( ) Alterado ( )
  
- Estruturas do sistema estomatognático:
  - Lábios: Normais ( ) Postura alterada ( )  
 Tensão alterada ( )  
 Mobilidade alterada ( )
  
  - Bochechas: Normais ( ) Postura alterada ( )  
 Tensão alterada ( )  
 Mobilidade alterada ( )
  
  - Mandíbula: Normal ( ) Postura alterada ( )  
 Mobilidade alterada ( )
  
  - Músculos elevadores da mandíbula: Tensão normal ( )  
 (Masseter e temporal) Tensão alterada ( )
  
  - Língua: Normal ( ) Postura alterada ( )  
 Tensão alterada ( )  
 Mobilidade alterada ( )
  
  - Tonsilas palatinas: Normais ( ) Alteradas ( ) Ausentes ( )
  
  - Dentes: Normais ( ) Alterados ( )  
 -Tipo de má oclusão (segundo Angle): Classe I ( )  
 Classe II ( )  
 Classe III ( )
  
- Funções estomatognáticas:
  - Respiração: Normal ( ) Alterada ( )
  - Mastigação: Normal ( ) Alterada ( )
  - Deglutição: Normal ( ) Alterada ( )
  - Fala: Normal ( ) Alterada ( )

## 3. Adesão ao tratamento:

- Data de início da terapia:
- Data de término da terapia:
- Número total de sessões:
- Número de sessões à que compareceu:
- Número de sessões em que chegou atrasado:

- Realização dos procedimentos indicados pelo terapeuta responsável:  
Sim ( ) Parcialmente ( ) Não ( )

4. **Sucesso da terapia fonoaudiológica:**

- Alta fonoaudiológica com adequação/adaptação das estruturas miofuncionais orofaciais: Sim ( )  
Não ( )
- Alta temporária: Sim ( ) Não ( )
- Desligamento da terapia: Sim ( ) Não ( )

Razões: \_\_\_\_\_

## 8 REFERÊNCIAS

Andrade CRF. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. Rev Saúde Pública. 1997;31(5):495-501.

Andrade FV, Andrade DV, Araújo AS, Ribeiro ACC, Deccax LDG, Nemr K. Alterações estruturais de órgãos fonoarticulatórios e más oclusões dentárias em respiradores orais de 6 a 10 anos. Rev CEFAC. 2005;7:318-25.

Barros JRC, Becker HMG, Pinto JA. Avaliação de atopia em crianças respiradoras bucais atendidas em centro de referência. J Pediatr. 2006;82:318-25.

Bianchini EMG. Avaliação fonoaudiológica da motricidade oral – distúrbios miofuncionais orofaciais ou situações adaptativas. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2001;6(3):73-82.

Bicalho GP, Motta AR, Vicente LCC. Avaliação da deglutição em crianças respiradoras orais. Rev CEFAC. 2006;8:50-5.

Cavassani VGS, Ribeiro SG, Nemr NK, Greco AM, Köhler J, Lehn CN. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003;69(1):106-10.

César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de Fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão das Neves – MG. Rev CEFAC. 2007;9(1):133-8.

Comitê de Motricidade Orofacial. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Documento 03/2003. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2003.

Gonçalves CGO, Lacerda CBF, Perotino S, Mugnaine AMM. Demanda pelos serviços de Fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entre a clínica-escola e o atendimento na prefeitura municipal. Pró Fono. 2000;12(2):61-6.



Junqueira P, Marchesan IQ, Rizzo MC, Ciccone E, Francesco RCD, Haddad L, et al. Caracterização multidisciplinar de um grupo de pacientes respiradores orais [resumo]. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2006; Supl Especial.

Korbmacher H, Nieke BK. Optimizing interdisciplinary cooperation for patients with orofacial dysfunctions: presentation of an interdisciplinary diagnostic referral sheet. J Orofac Orthop. 2001;62:246-50.

Krakauer LH, Guilherme A. Relationship between mouth breathing and postural alterations of children: a descriptive analysis. Int J Orofacial Myology. 2000;26:13-23.

Lima LK, Meurer E, Capp E. Ocorrência de hábitos orais em um grupo de adolescentes. Pró Fono. 2000;12(2):109-12.

Marchesan IQ. Protocolo de avaliação miofuncional orofacial. In: Krakauer LH, Di Francesco RC, Marchesan IQ. Respiração oral: abordagem interdisciplinar. São Jose dos Campos: Pulso; 2003. p.55-79.

Marchesan IQ. Breve histórico sobre o Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. In: Motricidade orofacial: como atuam os especialistas. São Jose dos Campos: Pulso; 2004. p.15-24.

Mendonça JE, Maciel FJ, Nogueira ALP, Lemos SMA. Caracterização do perfil de pacientes na atenção secundária à saúde [resumo]. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2006; Supl Especial.

Menezes VA, Leal RB, Pessoa RS, Pontes RMES. Prevalência e fatores associados à respiração oral em escolares participantes do projeto Santo Amaro-Recife, 2005. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006;72(3):394-9.

Oliveira RO, Marchesan IQ, Araujo RLT, Costa MLVCM. Adesão dos pacientes adultos a fonoterapia [resumo]. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2006a; Supl Especial.

Oliveira RO, Marchesan IQ, Araujo RLT, Costa MLVCM. O quê ocorre após a alta fonoaudiológica [resumo]. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2006b; Supl Especial.

Oliveira RO, Marchesan IQ, Araujo RLT, Costa MLVCM. Técnicas para diminuir o tempo médio de sessões para o fechamento labial [resumo]. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2006c; Supl Especial.

Rodrigues HOSN, Faria SR, Paula FSG, Motta AR. Ocorrência de respiração oral e alterações miofuncionais orofaciais em sujeitos em tratamento ortodôntico. Rev CEFAC. 2005;7(3):356-62.

Santos LK, Ávila CRB, Cechella C, Morais ZR. Ocorrência de alterações de fala, do sistema sensório motor oral e de hábitos orais em crianças pré-escolares e escolares da 1ª série do 1º grau. Pró Fono. 2000;12(2):93-101.

## Abstract

**Purpose:** Characterize orofacial myology treatment offered at Ambulatory of Speech and Language Pathology of Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Minas Gerais, including data concerning the prevalence of orofacial and cervical myofunctional disturbs; adherence to the treatment and speech-pathology therapy success, and also compare data about orofacial myology treatment of patients who looked for it straightly at Ambulatory of Speech and Language Pathology (MO Group) and patients referred by Oral Breathers Ambulatory of Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Minas Gerais (RO Group). **Methods:** 112 medical records of Ambulatory of Speech and Language Pathology of all patients discharged or resigned that looked for treatment either at Ambulatory of Speech and Language Pathology or at Oral Breathers Ambulatory were investigated, since the inauguration of the service, in 2003, up to July 2007. The collected data is related to anamnesis; clinical examination; adherence to the treatment and speech-pathology therapy success. The obtained information was analyzed by Epi-info 6.0 program, using chi-square test for categorical variables and T statistic for continuous variables, considering the significance level of 5%. **Results:** Patients of Ambulatory of Speech and Language Pathology presented mean age of 10,4 years, being mostly male gender (59,8%). The main complaint was related to breathing (60,7%), there was a huge prevalence of deleterious oral habits (72,3%), and also of signs and symptoms of allergy (49,1%). A considerable part of the sample presented alterations of stomatognathic system structures, being more prevalent the ones related to facial and body symmetry (50,0%), lips tension (60,7%), cheeks tension (47,3%), tongue tension (53,6%), amygdalas (59,3%) and occlusion (61,6%), specially Angle Class I (77,7%). Concerning functions, there was a high prevalence of breathing (78,6%), chewing (74,1%) and swallowing (56,2%) disturbs. The mean duration of the therapy was 7,23 months, and the mean number of offered sessions was 22. Patients came to a mean of 17 sessions, presenting a mean of 0,6 delays. Most part of the sample (45,6%) performed procedures indicated by the therapist. The therapy's conclusion was mainly resignation (69,6%), being excessive absences the most frequent reason (33,3%). There was significant association between the variables complaint and duration of the therapy, only in RO Group ( $p=0,027$ ). Other associations didn't presented significant differences. MO Group patients differed from RO Group ones in relation to mean age ( $p<0,001$ ); breathing complaint ( $p<0,001$ ), speech ( $p<0,001$ ) bad orofacial organs positioning ( $p=0,003$ ); deleterious oral habits types ( $p=0,024$ ); number of associated habits ( $p=0,037$ ); speech-pathology evaluations ( $p=0,001$ ) and none evaluations asked ( $p<0,001$ ); treatments previously realized by speech-pathology ( $p=0,036$ ), orthodontics ( $p<0,001$ ), otorhinolaryngology ( $p=0,002$ ) and psychology ( $p=0,018$ ); lips normality ( $p=0,019$ ); tongue tension ( $p=0,005$ ); presence ( $p<0,001$ ) and alteration ( $p=0,030$ ) of amygdalas; malocclusions of anterior open bite ( $p=0,059$ ) and unilateral crossed bite (0,013) types; lack of information about occlusion ( $p=0,012$ ); breathing ( $p<0,001$ ); speech ( $p=0,002$ ) and resignation reasons ( $p=0,012$ ). **Conclusions:** It was verified that MO and RO Groups presented significant differences concerning some aspects, although the researched characteristics are predominantly similar. It is necessary that the data in the medical records be more detailed. **Key words:** Speech Therapy; Myofunctional Therapy; Stomatognathic System Abnormalities; Treatment Outcome; Health Services Research.

## **Bibliografia consultada**

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo; 2001.