

Ana Fernanda Rodrigues Cardoso

A CONFIABILIDADE DA INFORMAÇÃO FORNECIDA PELO
INDIVÍDUO A RESPEITO DE SUA POSTURA
HABITUAL DE LÍNGUA

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

Belo Horizonte

2008

Ana Fernanda Rodrigues Cardoso

A CONFIABILIDADE DA INFORMAÇÃO FORNECIDA PELO
INDIVÍDUO A RESPEITO DE SUA POSTURA
HABITUAL DE LÍNGUA

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

Orientadora: Andréa Rodrigues
Motta - Mestre em Fonoaudiologia.

Belo Horizonte

2008

Cardoso, Ana Fernanda Rodrigues

A confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua. /Ana Fernanda Rodrigues Cardoso. -- Belo Horizonte, 2008.

x, 37f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Curso de Fonoaudiologia.

Título em inglês: The reliability of the information provided by the individual about his usual posture of the tongue.

1.Língua. 2.Avaliação. 3.Sistema estomatognático. 4.Reprodutibilidade dos Testes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

Chefe do Departamento: Prof^a Ana Cristina Côrtes Gama

Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia: Prof^a Letícia Caldas Teixeira

Ana Fernanda Rodrigues Cardoso

A CONFIABILIDADE DA INFORMAÇÃO FORNECIDA PELO
INDIVÍDUO A RESPEITO DE SUA POSTURA
HABITUAL DE LÍNGUA

Parecerista _____

Aprovada em __ / __ / __

Dedicatória

Exemplo de coragem, luta e fé... Maior incentivadora de todos os meus sonhos... Fonte de inspiração... Amor maior... Grande na humildade e no carinho: Mamãe... A você, dedico este trabalho!

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por estar sempre comigo, me iluminado e tornando possível todos os meus sonhos.

À minha mãe, por nunca medir esforços para transformar todos os meus desejos em realidade.

Ao meu pai, por toda força e apoio.

Ao Nando, pelo companheirismo e energia.

À Prof^a Andréa, por me orientar de maneira grandiosa durante toda a elaboração deste trabalho, compartilhando comigo seu conhecimento.

À todos os participantes, que tão prontamente se dispuseram a contribuir com este estudo.

À todos vocês, MUITO OBRIGADA!

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Listas	viii
Resumo	x
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivo	2
2 REVISÃO DA LITERATURA	3
3 MÉTODOS	8
4 RESULTADOS	10
5 DISCUSSÃO	17
6 CONCLUSÃO	21
7 ANEXOS	22
8 REFERÊNCIAS	34
Abstract	
Bibliografia consultada	

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra quanto ao sexo	10
Tabela 2. Distribuição da amostra quanto ao sexo nos subgrupos do grupo 1	10
Tabela 3. Caracterização da amostra quanto à observação da postura habitual de língua.....	12
Tabela 4. Caracterização da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua (Primeira etapa)	13
Tabela 5. Caracterização da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua, após estimulação de percepção intra-oral (Segunda etapa)	14
Tabela 6. Caracterização da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua, após observação em casa (Terceira etapa)	15

Lista de Quadros

Quadro 1. Caracterização da amostra quanto à idade em anos	11
Quadro 2. Confiabilidade das respostas da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua	16
Quadro 3. Respostas individuais dos participantes no subgrupo A do grupo 1	30
Quadro 4. Respostas individuais dos participantes no subgrupo B do grupo 1	31
Quadro 5. Respostas individuais dos participantes no subgrupo C do grupo 1	32
Quadro 6. Respostas individuais dos participantes no grupo 2	33

Resumo

Objetivo: Verificar a confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua. **Métodos:** A amostra foi selecionada por conveniência, sendo composta por 60 indivíduos, 30 crianças e 30 adultos, de ambos os sexos, todos submetidos a um roteiro de avaliação. Tal avaliação foi aplicada em dois momentos, com diferença mínima de sete e máxima de vinte e um dias. Inicialmente foi realizada a observação da postura habitual de língua do participante. Em seguida, o mesmo foi questionado a respeito de sua postura habitual de língua. Após a resposta, a língua do participante foi estimulada com uma espátula de madeira, a fim de aumentar sua percepção. Posteriormente, questionou-se, novamente, o indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua. Em seguida, orientou-se o participante a observar onde sua língua permanece habitualmente na cavidade oral, até o segundo momento da avaliação. Nesta oportunidade, o participante foi questionado a respeito de sua postura habitual de língua. **Resultados:** Não foi possível observar a postura habitual de língua em 100% da amostra. No tocante à confiabilidade geral das respostas dos participantes, foi constatado que no subgrupo A e no grupo 2 a confiabilidade foi regular, sendo os valores da estatística Kappa 0,325 e 0,311 respectivamente, pouco melhor que a confiabilidade dos demais subgrupos (discreta), com valor de 0,018 para o subgrupo B e 0,095 para o subgrupo C. As crianças apresentaram respostas pouco consistentes e bastante diversificadas, ao se tratar de seu posicionamento lingual. Já em relação aos adultos, parte apresentaram respostas corretas logo no primeiro questionamento e parte somente apresentaram respostas confiáveis após estimulação de percepção intra-oral. **Conclusões:** A confiabilidade da informação fornecida pelos indivíduos da amostra a respeito de sua postura habitual de língua varia entre discreta e regular, sendo, portanto, baixa, tanto em crianças quanto em adultos. Uma possível estratégia a ser utilizada na prática clínica fonoaudiológica é questionar o paciente quanto ao seu posicionamento lingual após determinado período de observação.

1 INTRODUÇÃO

Ao se realizar a avaliação miofuncional orofacial, que tem por objetivo verificar os órgãos fonoarticulatórios e as funções estomatognáticas, deve-se ter em mente que, ao final, a mesma precisa fornecer informações suficientes para direcionar as ações em motricidade orofacial, além de evidenciar possíveis encaminhamentos. Tal avaliação é composta pela anamnese e pelo exame clínico, sendo que este último apresenta as seguintes partes: morfologia, postura, tensão e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e funções estomatognáticas, a saber respiração, mastigação, deglutição e fala.

No que se refere ao exame clínico dos aspectos posturais dos órgãos fonoarticulatórios, é importante e necessário verificar a localização da língua na cavidade oral. Tal importância decorre, dentre outros fatores, da relação que a postura habitual da língua apresenta com o desenvolvimento das arcadas dentárias, sendo tal posicionamento considerado um dos fatores determinantes da oclusão, quer como fator primário da má oclusão ou como fator adaptativo a esta (Rakosi, Schmith, 1987). O posicionamento habitual de língua, em muitos casos, pode não se caracterizar como fator etiológico, mas sempre agrava e mantém uma má oclusão (Cardoso et al., 1998). Um posicionamento habitual de língua em protrusão pode causar uma mordida aberta anterior e quando tal protrusão desaparece, a mordida aberta pode, em alguns casos, corrigir-se espontaneamente (Maciel, Leite, 2005).

A postura inadequada da língua é uma das principais causas da ocorrência de recidivas orais, ou seja, de quebras na estabilidade oclusal que ocorrem após o final do tratamento ortodôntico, ortopédico e/ou odontopediátrico. Portanto, todos estes profissionais, bem como o fonoaudiólogo, se preocupam com o posicionamento habitual de língua (Mendes et al., 2005). Assim, em alguns casos, faz-se necessária intervenção fonoaudiológica aliada ao tratamento odontológico da oclusão dentária, objetivando obter adequação da posição da língua na cavidade oral (Tessitore, Crespo, 2002). Para tanto, torna-se indispensável que os conhecimentos fonoaudiológicos sobre o posicionamento lingual sejam aprofundados, para que as condutas possam ser definidas com clareza (Cardoso et al., 1998).

A língua pode assumir diversas posturas habituais: papila palatina, região alveolar inferior, assoalho oral ou entre os dentes. Mais do que verificar o local ocupado pela língua é essencial analisar se existe algum fator anatômico que impossibilite sua

postura adequada. Ao solicitar que o paciente abra a boca para que se observe o posicionamento de sua língua, esta necessariamente permanece no assoalho oral. Para não se avaliar a postura erroneamente, pergunta-se ao paciente o local que a mesma ocupa na cavidade oral. Caso o paciente não saiba informar, apontam-se os locais de possível permanência da língua. Isso pode colaborar tanto no diagnóstico da postura em si, quanto informar o grau de percepção e autoconhecimento que o paciente possui das suas estruturas orais (Junqueira, 2005).

Portanto, quando não é possível visualizar o local de permanência habitual da língua na cavidade oral, visto que não existem meios objetivos de fácil acesso para isto, a conduta adotada por muitos fonoaudiólogos é perguntar ao indivíduo onde a língua permanece habitualmente na cavidade oral. Deste modo, o que se pretende neste estudo é verificar a confiabilidade desta informação fornecida pelo indivíduo. Acredita-se que o mesmo quando questionado pela primeira vez a respeito de sua postura habitual de língua possa apresentar uma resposta diferente da que forneceria após submeter-se à estimulação intra-oral. Dada a importância, no âmbito da avaliação e terapia fonoaudiológicas, de se determinar a postura habitual da língua de um indivíduo portador de distúrbio miofuncional orofacial, este estudo se fez necessário.

1.1 Objetivo

1. Verificar a confiabilidade da informação fornecida a respeito da postura habitual de língua.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Uma alteração na postura habitual de língua, assim como em sua função, tamanho e formato, pode ser fator etiológico primário de uma má oclusão. Entretanto, a postura e a função anormal da língua também podem ser fatores secundários ou adaptativos ao padrão morfológico desfavorável. Para se avaliar objetivamente a postura habitual de língua, pode-se utilizar a avaliação cefalométrica (Rakosi, Schmith, 1987).

A fim de se avaliar o posicionamento habitual de língua em indivíduos com oclusão normal, os meios mais confiáveis são a cinefluoroscopia e a videofluoroscopia, por serem exames dinâmicos. Ao contrário, a avaliação cefalométrica apresenta validade questionável, visto que a língua não possui uma posição estática dentro da boca e, em um mesmo indivíduo, pode assumir diversas posições (Jabur, 1997).

Alguns fatores influenciam a postura habitual de língua de um indivíduo e devem ser considerados em uma avaliação miofuncional orofacial. A respiração, quando oral, é a função que mais altera o posicionamento lingual. O aumento das amígdalas palatinas, a oclusão, a postura da cabeça, alterações ósseas na face que causem assimetrias, a tensão da musculatura, as trocas dentárias, possíveis hábitos e padrões familiares inadequados, outras funções orais e possíveis comportamentos imitativos, são fatores que determinam o posicionamento da língua na cavidade oral. Deve-se investigar as possíveis razões de uma alteração na postura habitual da língua, para que se possa tratar as causas e não somente a consequência pura e simples (Marchesan, Junqueira, 1997).

Ao pesquisar a integridade do sistema estomatognático, depara-se, por vezes, com a dificuldade de se avaliar clinicamente o posicionamento habitual de língua. Acredita-se não ser possível padronizar o posicionamento habitual de língua, seja o alterado ou o adequado. Sabe-se que as variáveis que interferem nesta função são inúmeras, tais como morfologia e tensão da língua; padrões de etnia e hereditariedade; idade; modo respiratório; pressão atmosférica; hábitos orais inadequados; postura da cabeça, mandíbula e osso hióide; saúde da articulação temporomandibular e tecidos linfóides da nasorofaringe; morfologia óssea da cavidade oral e condições dentárias; intervenções ortodônticas e fonoaudiológicas. Dentre todos os fatores, acredita-se que a tipologia facial e a oclusão sejam os de maior relevância. A ausência de selamento labial pode ser indicativo de respiração oral e alteração no posicionamento de língua.

Porém, não pode ser tomado como fator único de avaliação, pois mesmo na presença de alterações ósseas e dentárias, a língua, com uma boa tensão muscular, pode assumir a função da válvula labial, selando a cavidade oral, desde que a via aérea nasal esteja liberada (Cardoso et al., 1998).

Em pesquisa que objetivou verificar as interferências da relação horizontal entre a maxila, a mandíbula e a base do crânio (Classe I, II e III de Angle) na posição habitual de língua, utilizou-se a análise cefalométrica. Tal estudo contou com a participação de 19 indivíduos, clientes de um consultório dentário no Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, agrupados segundo a classificação de Angle. Todos os participantes foram submetidos à anamnese, avaliação ortodôntica e avaliação fonoaudiológica. Foram encontrados os seguintes resultados, quanto ao posicionamento habitual de língua: 1º) Classe I de Angle – dorso de língua elevado ocupando até 94% da cavidade oral, acompanhando todo o palato e terço anterior da língua permanecendo na face palatina dos incisivos superiores, podendo ou não tocar a face lingual dos incisivos inferiores. 2º) Classe II.1 de Angle – dorso de língua mais elevado que o terço anterior, que se mantém retruído, não tocando em nenhuma estrutura, estando de -14mm à -18mm da ponta dos incisivos inferiores e ocupando de 48 à 75% da cavidade oral. 3º) Classe II.2 de Angle – o dorso ocupa de 76 à 82% da cavidade oral, o terço anterior da língua permanece no terço superior da face palatina dos incisivos superiores podendo ou não tocar a face lingual dos incisivos inferiores. 4º) Classe III de Angle – dorso rebaixado ocupando de 27 à 57% da cavidade oral e o terço anterior da língua permanecendo na face lingual dos incisivos inferiores podendo ou não ultrapassar a borda incisal. Ainda que exista predominância dos posicionamentos de língua acima descritos, foram observados comportamentos divergentes, pois, apesar da relevância da relação entre os padrões faciais anteroposteriores e posicionamento habitual de língua, outros fatores interferem na definição de cada caso, devendo sempre ser considerados e analisados individualmente. Concluiu-se que há clara interferência da relação horizontal entre as bases ósseas e o posicionamento habitual de língua (Cardoso et al., 1998).

A posição de repouso de lábios e língua atua de maneira importante no estabelecimento e manutenção do posicionamento dos dentes nos arcos dentários. Existe íntima relação entre as atividades labial e lingual e, conseqüentemente, um inadequado funcionamento e posicionamento labial pode, muitas vezes, estar relacionado a uma inadequada postura e função da língua. Quando tal estrutura se

mantém em sua postura habitual ideal, inúmeros benefícios relacionados aos órgãos e funções estomatognáticas podem ser observados, como a manutenção da mandíbula em sua postura fisiológica de repouso, auxiliando seu crescimento normal (Monego, 1999).

Algumas características dos órgãos e funções estomatognáticas estão relacionadas com a má oclusão. Os fatores que dificultam a adequada posição de repouso da língua são: palatos altos, ogivais ou e/ou estreitos; oclusão Classe II de Angle, onde a língua se adianta ou se interpõe e Classe III de Angle, em que a língua permanece em posição baixa acompanhando o assoalho oral. A posição lingual adiantada ou interdental é comumente associada às mordidas abertas anteriores, à respiração oral e, em alguns casos, com a hipertrofia das amígdalas (González, 2000).

A parte anterior da língua pode estar próxima à área alveolar do incisivo superior ou apoiada na face lingual dos incisivos inferiores. A posição da ponta da língua tem relação com a dimensão vertical e ântero-posterior da cavidade oral, uma vez que o tamanho e a posição da mandíbula interferem diretamente nesta postura, sendo que a postura habitual da língua adapta-se à parte esquelética. Assim, observa-se uma posição mais elevada do dorso da língua na Classe II de Angle esquelética, em função da retrusão e inclinação mandibular e uma posição no assoalho oral, mais baixa e plana na Classe III de Angle esquelética. A postura lingual protruída ou interdental está relacionada às mordidas abertas esqueléticas, como adaptação à altura inferior da face aumentada. Esta mesma postura lingual também pode estar associada a tonsilas palatinas aumentadas e alterações respiratórias. A postura inadequada da língua relaciona-se à sua própria tensão e morfologia, além do componente respiratório (Bianchini, 2002).

No cefalograma pode-se observar a posição habitual da língua em um dado momento. No estudo da cefalometria é analisada a posição do osso hióide relativo às vértebras cervicais e a borda inferior da sínfise da mandíbula, relacionando-se à posição da língua. No entanto, no momento da tomada da radiografia são orientadas determinada posição de cabeça, oclusão dentária e vedamento labial, que modificam a posição real da língua (Bianchini, 2002).

A posição habitual da língua tem grande importância no tratamento fonoaudiológico e, principalmente, ortodôntico, o que torna necessário a análise objetiva da variabilidade e da prevalência das relações da língua com as arcadas dentárias, palato e outras estruturas vizinhas. O posicionamento da língua, em postura

habitual e com os lábios em contato, sempre foi difícil de ser determinada, devido à impossibilidade de se observar tal estrutura diretamente, sendo difícil padronizar uma metodologia para esta avaliação. No entanto, esta dificuldade é compreensível considerando-se que a língua não pode ser diretamente avaliada com a boca fechada e em alguns casos de desproporção óssea entre a maxila e a mandíbula. Em sua evolução histórica, a Fonoaudiologia, freqüentemente, baseia-se em análises subjetivas, não padronizadas, para a avaliação da posição da língua. A importância de uma análise objetiva decorre da necessidade de obtenção de dados clínicos, que comprovem as possibilidades de acomodação da língua em cada caso. Métodos radiológicos têm sido propostos para complementar esta avaliação clínica insuficiente. A posição habitual da língua depende diretamente de todas as dimensões da cavidade oral, numa visão tridimensional, levando-se em consideração as dimensões ântero-posterior, vertical e transversal (Tessitore, Crespo, 2002).

Em estudo que abordou a análise radiográfica da postura habitual de língua, os autores constataram que a telerradiografia de perfil, modificada com uso de contraste de sulfato de bário sobre a língua, permite boa visualização da postura habitual deste órgão, constituindo significativo auxílio para uma análise mais objetiva da postura habitual da língua e de suas relações com estruturas vizinhas. Foram encontrados 11 tipos diferentes de posicionamento, o que demonstra a grande variabilidade existente de adaptação da língua, sendo que o tipo predominante foi com o ápice da língua rebaixado e dorso elevado com vedamento posterior em palato mole. Os autores concluíram que não existe um padrão de posicionamento lingual, sendo que este não depende do tipo respiratório (oral ou nasal) ou da oclusão dentária. Os autores acreditam que a telerradiografia de perfil, modificada com uso de contraste de sulfato de bário sobre a língua, será um instrumento complementar para a análise das estruturas visibilizadas, permitindo a compreensão e identificação das possibilidades funcionais apresentadas (Tessitore, Crespo, 2002).

Em pesquisa que buscou estudar a remoção de hábitos de sucção e terapia miofuncional, pesquisou-se os efeitos da associação destes aspectos no restabelecimento da deglutição e postura habitual de língua. O posicionamento lingual habitual foi avaliado por scores: escore zero para língua posicionada na região anterior do palato duro; escore um para posição de língua em assoalho oral; escore dois para posicionamento lingual entre os dentes anteriores. Foi considerado adequado o posicionamento da língua encontrado no escore zero (Degan, Puppim-Rontani, 2005).

Em estudo que pretendeu investigar se o padrão facial acarreta implicações no desempenho das funções estomatognáticas em indivíduos com má oclusão Classe III esquelética, observou-se, dentre outros aspectos, a postura habitual de língua. Esta foi considerada adequada quando a língua localizava-se na papila palatina e alterada quando encontrava-se rebaixada ou entre os dentes. Não houve diferença de posicionamento habitual de língua entre os tipos faciais mesofacial e dolicofacial, tendo sido observado predomínio de língua habitualmente rebaixada para ambos os tipos faciais (Pereira et al., 2005).

Na avaliação das alterações miofuncionais orofaciais a posição de repouso da língua é observada. O terapeuta deve solicitar ao paciente que descreva a posição da língua em repouso dentro da cavidade oral (Taylor, 2005).

Em estudo que determinou a posição de repouso da língua em indivíduos com oclusão dentária normal e respiração nasal, por meio de telerradiografias em norma lateral realizadas após a ingestão de bário e análise cefalométrica, verificou-se que não existe um padrão único de posicionamento de repouso da língua dentro da cavidade oral (Marcondes, 2007).

3 MÉTODOS

Participaram deste estudo prospectivo 60 indivíduos, divididos em dois grupos, sendo o primeiro constituído por 30 participantes com idades entre seis e doze anos e o segundo grupo também constituído por 30 participantes, todos apresentando idade superior a 18 anos. O primeiro grupo foi subdividido em três outros subgrupos, com 10 indivíduos cada, de acordo com as idades: subgrupo A apresentando 6 ou 7 anos de idade; subgrupo B apresentando 8 ou 9 anos de idade e subgrupo C com idades entre 10 e 12 anos.

A amostra para esta pesquisa foi selecionada por conveniência dentre conhecidos das pesquisadoras, incluindo indivíduos dos sexos feminino e masculino. O tamanho da amostra foi definido baseado no número mínimo para a análise estatística, em decorrência do reduzido tempo para a execução do estudo, visto que tal proposta constituiu um trabalho de conclusão de curso.

Os critérios de exclusão foram a não concordância em participar do estudo, apresentar idade inferior a seis anos e entre treze e dezessete anos, ter se submetido à terapia miofuncional orofacial previamente, ser fonoaudiólogo ou estudar tal ciência e possuir algum comprometimento físico ou cognitivo que interferisse na coleta de dados.

Os indivíduos foram convidados a participar deste estudo por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) e posteriormente orientados sobre o roteiro de avaliação (Anexo 2) a que se submeteram. Esta avaliação, desenvolvida pelas pesquisadoras, consta de três etapas realizadas em dois momentos distintos, com diferença mínima de sete e máxima de vinte e um dias, necessitando, portanto, de dois encontros com cada participante.

No primeiro encontro da coleta de dados foi realizada, pela pesquisadora, a observação da postura habitual de língua do indivíduo.

Em seguida, na primeira etapa, o indivíduo foi questionado a respeito de sua postura habitual de língua, por meio da pergunta “Aonde a ponta da sua língua permanece dentro da sua boca, habitualmente?”. Caso o indivíduo não soubesse responder, era dado ao mesmo as seguintes opções de respostas: dentes superiores, dentes inferiores, papila palatina, região alveolar inferior, entre os dentes ou outro. Caso o indivíduo informasse que sua língua permanece habitualmente em outro local, foi solicitado ao mesmo que especificasse tal localização. Se, ainda assim, o

participante não soubesse informar o local de permanência de sua língua na cavidade oral, seria registrado que o indivíduo não soube responder.

Após a resposta, na segunda etapa do estudo, a língua do participante foi estimulada com uma espátula de madeira, realizando-se três movimentos nas laterais direita e esquerda da língua e três movimentos no terço anterior da mesma, a fim de aumentar sua percepção. Posteriormente, o indivíduo foi questionado, com a mesma pergunta, a respeito de sua postura habitual de língua, tendo as mesmas opções de respostas que na etapa anterior. Em seguida, orientou-se o participante a observar onde a língua permanece habitualmente na cavidade oral, até o segundo encontro.

No segundo encontro, que constituiu a terceira etapa, realizada de sete a vinte e um dias após o primeiro momento, o participante foi, novamente, questionado com a mesma pergunta a respeito de sua postura habitual de língua, tendo as mesmas opções de respostas anteriores. O intervalo entre os dois momentos do estudo foi arbitrariamente estabelecido pelas pesquisadoras, considerando-se um tempo mínimo de uma semana para que a observação pudesse ser realizada e um tempo máximo não maior que três semanas para que o participante não se esquecesse da verificação realizada. Além disto, o fato da intervenção fonoaudiológica ser, em muitos casos, semanal, implicou na escolha do tempo mínimo de uma semana, já que pode ser possível a aplicação deste procedimento na prática clínica fonoaudiológica.

A avaliação proposta foi realizada em um ambiente tranquilo, estando presente somente o participante e a pesquisadora principal, não havendo necessidade de estrutura específica. O participante manteve-se, durante toda a avaliação, sentado, apresentando joelhos e quadril a 90° e com cabeça em postura habitual.

A análise dos dados foi realizada por meio da estatística Kappa, sendo o banco de dados estruturado a partir do Epi-info 6.0. Para interpretação dos resultados empregou-se a classificação de Landis & Koch, a saber: quase perfeita – 0,80 a 1,00; boa – 0,60 a 0,80; moderada – 0,40 a 0,60; regular – 0,20 a 0,40; discreta – zero a 0,20 e pobre – -1 a zero (Landis, Koch, 1977).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer número ETIC 193/08.

4 RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto ao sexo

	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	12	40,0	9	30,0	21	35,0
Feminino	18	60,0	21	70,0	39	65,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto ao sexo nos subgrupos do grupo 1

Subgrupos	Grupo 1							
	SubG A		SubG B		SubG C		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	4	40,0	3	30,0	5	50,0	12	40,0
Feminino	6	60,0	7	70,0	5	50,0	18	60,0
TOTAL	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Legenda:

SubG A = Subgrupo A

SubG B = Subgrupo B

SubG C = Subgrupo C

Quadro 1 – Caracterização da amostra quanto à idade em anos

Grupos		Média	Mediana	Desvio Padrão
Grupo 1	SubG A	6,6	7	0,5
	SubG B	8,4	8	0,5
	SubG C	11,5	12	0,8
	Total	8,8	8	2,1
Grupo 2		35,4	29,5	15,8

Legenda:

SubG A = Subgrupo A

SubG B = Subgrupo B

SubG C = Subgrupo C

Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto à observação da postura habitual de língua

Grupos		Observação foi possível			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Grupo 1	SubG A	10	100,0	0	0,0
	SubG B	10	100,0	0	0,0
	SubG C	10	100,0	0	0,0
	Total	30	100,0	0	0,0
Grupo 2		30	100,0	0	0,0
TOTAL		60	100,0	0	0,0

Legenda:

SubG A = Subgrupo A

SubG B = Subgrupo B

SubG C = Subgrupo C

Tabela 4 – Caracterização da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua (Primeira etapa)

Postura habitual de língua - Primeira etapa												
	Grupo 1						Grupo 2				Total Geral	
	SubG A		SubG B		SubG C		Total do Grupo 1					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DenSup	3	30,0	3	30,0	2	20,0	8	26,6	11	36,7	19	31,7
DenInf	3	30,0	5	50,0	4	40,0	12	40,0	10	33,3	22	36,7
Papila	2	20,0	2	20,0	3	30,0	7	23,4	4	13,3	11	18,4
AlvInf	2	20,0	0	0,0	1	10,0	3	10,0	4	13,3	7	11,6
EntDs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	1,6
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NSR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Legenda:

SubG A = Subgrupo A

SubG B = Subgrupo B

SubG C = Subgrupo C

DenSup = Dentes superiores

DenInf = Dentes inferiores

AlvInf = Região alveolar inferior

EntDs = Entre os dentes

NSR = Não soube responder

Tabela 5 – Caracterização da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua, após estimulação de percepção intra-oral (Segunda etapa)

Postura habitual de língua - Segunda etapa												
	Grupo 1						Grupo 2				Total Geral	
	SubG A		SubG B		SubG C		Total do Grupo 1		N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%				
DenSup	2	20,0	6	60,0	2	20,0	10	33,3	11	36,6	21	35,0
DenInf	5	50,0	2	20,0	3	30,0	10	33,3	11	36,6	21	35,0
Papila	3	30,0	2	20,0	4	40,0	9	30,0	6	20,0	15	25,0
AlvInf	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	3,4	0	0,0	1	1,7
EntDs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	1,7
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	1,6
NSR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	30	100,00	60	100,0

Legenda:

SubG A = Subgrupo A

SubG B = Subgrupo B

SubG C = Subgrupo C

DenSup = Dentes superiores

DenInf = Dentes inferiores

AlvInf = Região alveolar inferior

EntDs = Entre os dentes

Outro = Outro

NSR = Não soube responder

Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua, após observação em casa (Terceira etapa)

Postura habitual de língua - Terceira etapa												
	Grupo 1						Grupo 2				Total Geral	
	SubG A		SubG B		SubG C		Total do Grupo 1					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DenSup	1	10,0	6	60,0	4	40,0	11	36,6	12	40,0	23	38,3
DenInf	5	50,0	3	30,0	4	40,0	12	40,0	11	36,7	23	38,3
Papila	3	30,0	1	10,0	2	20,0	6	20,0	7	23,3	13	21,7
AlvInf	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	1	1,7
EntDs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NSR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Legenda:

SubG A = Subgrupo A

SubG B = Subgrupo B

SubG C = Subgrupo C

DenSup = Dentes superiores

DenInf = Dentes inferiores

AlvInf = Região alveolar inferior

EntDs = Entre os dentes

Outro = Outro

NSR = Não soube responder

Quadro 2 – Confiabilidade das respostas da amostra quanto ao relato do indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua

	Grupos		Kappa	Classificação
	Confiabilidade geral	Grupo 1	SubG A	0,325
SubG B			0,018	Discreta
SubG C			0,095	Discreta
Total			0,179	Discreta
Grupo 2		0,311	Regular	
Confiabilidade entre a primeira e segunda etapa	Grupo 1	SubG A	0,589	Moderada
		SubG B	-0,323	Pobre
		SubG C	0,437	Moderada
		Total	0,243	Regular
	Grupo 2	0,301	Regular	
Confiabilidade entre a segunda e terceira etapa	Grupo 1	SubG A	0,375	Regular
		SubG B	0,642	Boa
		SubG C	-0,111	Pobre
		Total	0,317	Regular
	Grupo 2	0,454	Moderada	
Confiabilidade entre a primeira e terceira etapa	Grupo 1	SubG A	0,055	Discreta
		SubG B	-0,076	Pobre
		SubG C	0,000	Discreta
		Total	-0,011	Pobre
	Grupo 2	0,476	Moderada	

Legenda:
 SubG A = Subgrupo A
 SubG B = Subgrupo B
 SubG C = Subgrupo C

5 DISCUSSÃO

Diferentes métodos objetivos podem ser utilizados na avaliação da postura habitualmente ocupada pela língua na cavidade oral, como, por exemplo, a avaliação cefalométrica (Rakosi, Schmith, 1987; Jabur, 1997; Bianchini, 2002; Tessitore, Crespo, 2002). Tal avaliação permite observar a posição da língua apenas em um determinado instante e, no momento da tomada da radiografia, são orientadas a posição de cabeça, a oclusão dentária e o vedamento labial, que modificam o posicionamento real da língua (Bianchini, 2002). O traçado cefalométrico representa a análise do registro de um momento único, que pode não ser o padrão habitual de posicionamento lingual de um indivíduo.

A avaliação cefalométrica apresenta validade questionável, visto que a língua não possui uma posição estática dentro da boca e, em um mesmo indivíduo, pode assumir diversas posições (Jabur, 1997). Entretanto, alguns autores (Tessitore, Crespo, 2002), admitem que a telerradiografia de perfil, modificada com uso de contraste de sulfato de bário sobre a língua, permite boa visualização da postura habitual deste órgão. Outros, (Jabur, 1997), afirmam que os meios mais confiáveis para se avaliar tal posicionamento são a cinefluoroscopia e a videofluoroscopia, por serem exames dinâmicos.

Na investigação da integridade do sistema estomatognático, depara-se, por vezes, com a dificuldade de se avaliar clinicamente, sem a utilização de métodos objetivos, o posicionamento habitual de língua (Cardoso et al., 1998). Alguns autores (Chiappetta et al., 2001; Maciel et al., 2006; Mangilli et al., 2006), em seus estudos, embora relatem que houve uma avaliação clínica da postura dos órgãos fonoarticulatórios, não explicitam os procedimentos empregados para a verificação da postura habitual de língua. Assim, apesar da avaliação das estruturas e das funções estomatognáticas fazer parte da rotina fonoaudiológica, não é comum a descrição da realização da avaliação da postura habitual de língua. Como forma de resolver esta dificuldade é usual que se solicite ao indivíduo que informe a posição que tal estrutura ocupa na cavidade oral (Junqueira, 2005; Taylor, 2005).

Deste modo, este estudo teve por objetivo verificar a confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua, já que

este é o método usualmente empregado na prática clínica fonoaudiológica a fim de se realizar a avaliação miofuncional orofacial.

A amostra deste estudo foi composta, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino, sendo que em cada grupo e subgrupo o número de mulheres foi igual ou superior ao número de homens. Quanto às idades, a média do subgrupo A foi de 6,6 anos, do subgrupo B de 8,4 anos, do subgrupo C de 11,5 anos e do grupo 2 de 35,4 anos.

No momento inicial deste estudo, primeiro encontro, foi realizada a observação da postura habitual de língua do participante, sendo que não foi possível observar tal posicionamento em 100% da amostra. Isto é o que freqüentemente ocorre na prática clínica fonoaudiológica, visto que não é possível visualizar a postura habitual de língua quando os lábios encontram-se em contato (Tessitore, Crespo, 2002).

No presente estudo, verificou-se que a postura habitual de língua relatada por grande parte da amostra, nas diferentes etapas, foi língua tocando em dentes superiores ou inferiores. Entretanto, acredita-se que o apoio não ocorria sobre os dentes e sim na região de transição dentes/alvéolo, uma vez que nenhum participante, durante conversa espontânea nos dois encontros realizados apresentou sinal relevante de qualquer alteração na língua.

Acredita-se não ser possível padronizar o posicionamento habitual de língua, seja o alterado ou o adequado (Cardoso et al., 1998). Contudo, alguns autores consideram adequado o posicionamento da língua na região anterior do palato duro (Degan, Puppim-Rontani, 2005). Outros ainda avaliam como adequada a postura habitual de língua localizada na papila palatina e alterada quando tal estrutura encontra-se rebaixada ou entre os dentes (Pereira et al., 2005).

Cabe considerar que a língua pode assumir diferentes posturas na cavidade oral (Bianchini, 2002), não existindo um padrão único de posicionamento habitual deste órgão (Marcondes, 2007). Diversos são os fatores que influenciam o posicionamento habitual da língua na cavidade oral de um indivíduo (Marchesan, Junqueira, 1997; Cardoso et al., 1998; González, 2000). Dentre todos os fatores, acredita-se que a tipologia facial e a oclusão sejam os de maior relevância (Cardoso et al., 1998).

Os dados encontrados não corroboram com o resultado de estudo objetivo, em que foram encontrados onze tipos diferentes de posicionamento lingual (Tessitore, Crespo, 2002).

Em seguida, foi verificada a confiabilidade das respostas dos participantes quanto ao seu relato a respeito de sua postura habitual de língua. No tocante à confiabilidade geral das respostas dos participantes, foi constatado que no subgrupo A e no grupo 2 a confiabilidade foi regular, pouco melhor que a confiabilidade dos demais subgrupos (discreta). Tal constatação não se relaciona ao fato de que com o aumento da idade, há também o aumento da credibilidade das respostas dos indivíduos, como acreditava-se.

Deste modo, questionar o paciente, seja ele adulto ou criança, quanto a sua postura habitual de língua ou mesmo estimular a região buscando aumentar a percepção da estrutura, podem não ser bons procedimentos, já que a confiabilidade das respostas é baixa. Deve-se ressaltar que a resposta fornecida pelo participante na terceira etapa do estudo foi considerada como a mais confiável, visto que nesta o indivíduo foi orientado a observar seu posicionamento lingual em casa por, no mínimo, uma semana, o que favorece uma resposta mais próxima do que de fato ocorre.

Buscando-se analisar os dados de cada etapa separadamente, a confiabilidade entre a primeira e segunda, ou seja, ao comparar-se as respostas fornecidas anteriormente e após estimulação da língua com espátula de madeira, constatou-se que nos subgrupos A e C as informações foram mais confiáveis, atingindo a classificação moderada. Entretanto, as repostas do subgrupo B foram as mais baixas do estudo e no grupo 2 a classificação foi regular. Assim, constatou-se que apenas crianças de seis e sete anos ou entre dez e doze anos se beneficiaram com a estratégia de estimulação. O fato de chamar a atenção para o órgão parece favorecer uma mudança na postura habitual de língua nos indivíduos pesquisados.

No tocante à confiabilidade entre a segunda e terceira etapa do estudo, isto é, comparando-se as respostas após estimulação da língua com espátula de madeira e as respostas fornecidas após período determinado (sete a 21 dias), observou-se baixa confiabilidade nas respostas das crianças, exceto para aquelas entre oito e nove anos de idade, que alcançaram a maior classificação do presente estudo. Entretanto, por se tratar de um dado isolado, que não se repetiu em outras etapas do trabalho, tal informação torna-se pouco significativa. Os adultos apresentaram uma confiabilidade razoável, atingindo a classificação moderada.

Com relação à confiabilidade das respostas entre a primeira e terceira etapa do estudo, ou seja, comparando-se as respostas fornecidas anteriormente à estimulação e após período determinado (sete a 21 dias), observa-se que, novamente, as repostas do

subgrupo B foram as de mais baixa confiabilidade do estudo (pobre). A confiabilidade das respostas das crianças de seis e sete anos e entre dez e doze anos foi classificada como discreta e a dos adultos como moderada, sendo uma confiabilidade razoável.

Assim, verificou-se que, entre os adultos, parte dos pesquisados relata a postura habitual de língua corretamente apenas quando questionado e parte somente relata a resposta correta após estimulação. Entretanto, como não é possível saber se a resposta adequada é a primeira ou a que ocorreu após estimulação talvez seja necessário utilizar como estratégia para um adequado reconhecimento do posicionamento lingual, um contato posterior, solicitando ao paciente neste período, seja ele criança ou adulto, que observe sua postura lingual.

Todavia, independente de qual postura o terapeuta acredite ser a adotada pelo paciente, ou se esta é confiável ou não, é importante que a avaliação leve em consideração a integração de todos os dados obtidos, não se fixando apenas na informação acerca da postura lingual. A indicação ou não de intervenção fonoaudiológica não deve ser baseada apenas em um aspecto da avaliação miofuncional orofacial.

Entretanto, devido à estreita relação existente entre a posição habitual da língua e as estruturas e funções do sistema estomatognático (Monego, 1999), torna-se necessário investigar métodos específicos, a fim de se avaliar tal posicionamento de maneira confiável. Portanto, para maior objetividade e melhor relação com as demais áreas de atuação, é necessário que sejam desenvolvidos métodos objetivos de fácil acesso para avaliação da postura habitual de língua na prática clínica fonoaudiológica, tornando, assim, a avaliação mais específica.

Cabe ressaltar que este estudo contou com limitações importantes, como a reduzida amostra, que pode influenciar os resultados obtidos, além da mesma não ter sido selecionada de forma randomizada. O fato deste estudo depender de uma observação do participante, também constitui fator limitante, já que o indivíduo pode não se lembrar de verificar seu posicionamento lingual no período determinado ou ainda pode não se envolver com o estudo, não cumprindo esta solicitação. Assim, sugere-se a realização de novos estudos sobre o tema, com amostra representativa, objetivando confirmar os dados encontrados e acrescentar novas informações às existentes, já que verificar o local habitualmente ocupado pela língua na cavidade oral é importante no tocante às intervenções fonoaudiológica e ortodôntica.

6 CONCLUSÃO

1. A confiabilidade da informação fornecida pelos indivíduos da amostra a respeito de sua postura habitual de língua varia entre discreta e regular, sendo, portanto, baixa, tanto em crianças quanto em adultos. Uma possível estratégia a ser utilizada na avaliação miofuncional orofacial e cervical é questionar o paciente quanto ao seu posicionamento lingual após determinado período de observação.

7 ANEXOS

Anexo 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

A) Modelo para participantes maiores de 18 anos

Prezado (a) participante

Você está sendo convidado para participar do estudo “A confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua”. Neste estudo queremos saber aonde sua língua permanece dentro de sua boca. Caso concorde em participar, você será avaliado pelas pesquisadoras, em dois momentos, com diferença mínima de sete e máxima de vinte e um dias. Inicialmente será observado, pelas pesquisadoras, o local onde sua língua fica, dentro de sua boca. Em seguida, você será questionado a respeito desta localização. Após a resposta, iremos tocar sua língua com uma espátula de madeira. Posteriormente, você será novamente questionado a respeito do local em que sua língua permanece dentro de sua boca. Em seguida, você será orientado a observar onde sua língua fica em sua boca, até o segundo momento da avaliação. Nesta oportunidade, você será questionado a respeito do local onde sua língua fica. Todos estes procedimentos são rápidos, não machucam ou prejudicam sua saúde. Todos os seus dados serão guardados em sigilo, sendo que as pesquisadoras comprometem-se em manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas na pesquisa.

A sua participação neste estudo é gratuita e voluntária, sendo que você pode se retirar dele a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Essa avaliação não oferece nenhum risco a você, uma vez que todos os procedimentos são de simples realização. Os benefícios deste estudo são grandes, pois irá contribuir para a avaliação e terapia fonoaudiológica.

Durante toda a realização da pesquisa, você tem o direito de esclarecer suas dúvidas sobre todos os procedimentos. Estaremos à disposição para responder perguntas pertinentes à pesquisa, através dos telefones (31) 8729-4456 Ana Fernanda Rodrigues Cardoso e (31) 3409-9117 Andréa Rodrigues Motta. Você também poderá

entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) pelo telefone (31) 3409-4592 ou endereço Av: Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 - Campus Pampulha Belo Horizonte – MG.

Sendo assim, sua colaboração é fundamental, e desde já, contamos com sua participação. Caso concorde em participar deste estudo, preencha o termo de consentimento abaixo.

Agradecemos à disponibilidade.

Atenciosamente.

Andréa Rodrigues Motta

Consentimento pós-informado

Eu, _____
_____, RG _____, concordo com a participação na pesquisa “A confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua” e dou o meu consentimento para que seja utilizada, para fins científicos, toda a informação do roteiro de avaliação. Conheço os objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa e concordo com a divulgação dos dados encontrados, os quais poderão ter informações importantes que auxiliem a avaliação e terapia fonoaudiológicas, sabendo que meus dados serão guardados em total sigilo e que poderei deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem a perda de nenhum de meus benefícios. Salienta-se que os responsáveis pela pesquisa comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e de todos os demais requisitos éticos, de acordo com a resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2008

B) Modelo para participantes de 7 a 12 anos

Prezado pai ou responsável

Seu filho está sendo convidado para participar do estudo “A confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua”. Neste estudo queremos saber aonde a língua de seu filho permanece dentro da boca. Caso concorde com a participação de seu filho nesta pesquisa, o mesmo será avaliado pelas pesquisadoras, em dois momentos, com diferença mínima de sete e máxima de vinte e um dias. Inicialmente será observado, pelas pesquisadoras, o local onde a língua de seu filho fica, dentro da boca. Em seguida, ele será questionado a respeito desta localização. Após a resposta, iremos tocar a língua de seu filho com uma espátula de madeira. Posteriormente, seu filho será novamente questionado a respeito do local que a língua permanece dentro da boca. Em seguida, seu filho será orientado a observar onde a língua fica dentro da boca, até o segundo momento da avaliação. Nesta oportunidade, ele será questionado a respeito do local onde sua língua fica. Todos estes procedimentos são rápidos, não machucam ou prejudicam saúde de seu filho. Todos os dados do mesmo serão guardados em sigilo, sendo que as pesquisadoras comprometem-se em manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas na pesquisa.

A participação de seu filho na pesquisa é gratuita e voluntária, sendo que o mesmo pode se retirar dela a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Essa avaliação não oferece nenhum risco a seu filho, uma vez que todos os procedimentos são de simples realização. Os benefícios deste estudo são grandes, pois irá contribuir para a avaliação e terapia fonoaudiológica.

Durante toda a realização da pesquisa, você e seu filho têm o direito de esclarecer suas dúvidas sobre todos os procedimentos. Estaremos à disposição para responder perguntas pertinentes à pesquisa, através dos telefones (31) 8729-4456 Ana Fernanda Rodrigues Cardoso e (31) 3409-9117 Andréa Rodrigues Motta. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) pelo telefone (31) 3409-4592 ou endereço Av: Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 - Campus Pampulha Belo Horizonte – MG.

Sendo assim, sua colaboração e de seu filho é fundamental, e desde já, contamos com vocês. Caso concordem em participar deste estudo, preencha o termo de consentimento abaixo.

Agradecemos à disponibilidade.

Atenciosamente.

Andréa Rodrigues Motta

Consentimento pós-informado

Eu, _____
_____, RG _____, concordo com a participação de
meu filho _____
na pesquisa “A confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua
postura habitual de língua” e dou o meu consentimento para que seja utilizada, para
fins científicos, toda a informação do roteiro de avaliação. Conheço os objetivos e
procedimentos a serem realizados nesta pesquisa e concordo com a divulgação dos
dados encontrados, os quais poderão ter informações importantes que auxiliem a
avaliação e terapia fonoaudiológicas, sabendo que os dados de meu filho serão
guardados em total sigilo e que o mesmo poderá deixar de participar do estudo em
qualquer momento, sem a perda de nenhum de seus benefícios. Salienta-se que os
responsáveis pela pesquisa comprometem a manter em total sigilo a identidade dos
participantes e de todos os demais requisitos éticos, de acordo com a resolução nº 196
de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura do pai ou responsável: _____

Assinatura do participante: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2008

C) Modelo para participantes de até 6 anos

Prezado pai ou responsável

Seu filho está sendo convidado para participar do estudo “A confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua postura habitual de língua”. Neste estudo queremos saber aonde a língua de seu filho permanece dentro da boca. Caso concorde com a participação de seu filho nesta pesquisa, o mesmo será avaliado pelas pesquisadoras, em dois momentos, com diferença mínima de sete e máxima de vinte e um dias. Inicialmente será observado, pelas pesquisadoras, o local onde a língua de seu filho fica, dentro da boca. Em seguida, ele será questionado a respeito desta localização. Após a resposta, iremos tocar a língua de seu filho com uma espátula de madeira. Posteriormente, seu filho será novamente questionado a respeito do local que a língua permanece dentro da boca. Em seguida, seu filho será orientado a observar onde a língua fica dentro da boca, até o segundo momento da avaliação. Nesta oportunidade, ele será questionado a respeito do local onde sua língua fica. Todos estes procedimentos são rápidos, não machucam ou prejudicam saúde de seu filho. Todos os dados do mesmo serão guardados em sigilo, sendo que as pesquisadoras comprometem-se em manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas na pesquisa.

A participação de seu filho na pesquisa é gratuita e voluntária, sendo que o mesmo pode se retirar dela a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Essa avaliação não oferece nenhum risco a seu filho, uma vez que todos os procedimentos são de simples realização. Os benefícios deste estudo são grandes, pois irá contribuir para a avaliação e terapia fonoaudiológica.

Durante toda a realização da pesquisa, você e seu filho têm o direito de esclarecer suas dúvidas sobre todos os procedimentos. Estaremos à disposição para responder perguntas pertinentes à pesquisa, através dos telefones (31) 8729-4456 Ana Fernanda Rodrigues Cardoso e (31) 3409-9117 Andréa Rodrigues Motta. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) pelo telefone (31) 3409-4592 ou endereço Av: Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 - Campus Pampulha Belo Horizonte – MG.

Sendo assim, sua colaboração e de seu filho é fundamental, e desde já, contamos com vocês. Caso concordem em participar deste estudo, preencha o termo de consentimento abaixo.

Agradecemos à disponibilidade.

Atenciosamente.

Andréa Rodrigues Motta

Consentimento pós-informado

Eu, _____
_____, RG _____, concordo com a participação de
meu filho _____
na pesquisa “A confiabilidade da informação fornecida pelo indivíduo a respeito de sua
postura habitual de língua” e dou o meu consentimento para que seja utilizada, para
fins científicos, toda a informação do roteiro de avaliação. Conheço os objetivos e
procedimentos a serem realizados nesta pesquisa e concordo com a divulgação dos
dados encontrados, os quais poderão ter informações importantes que auxiliem a
avaliação e terapia fonoaudiológicas, sabendo que os dados de meu filho serão
guardados em total sigilo e que o mesmo poderá deixar de participar do estudo em
qualquer momento, sem a perda de nenhum de seus benefícios. Salienta-se que os
responsáveis pela pesquisa comprometem a manter em total sigilo a identidade dos
participantes e de todos os demais requisitos éticos, de acordo com a resolução nº 196
de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2008

Anexo 2

Roteiro de Avaliação – Postura Habitual de Língua

Gênero: Masculino Feminino

Idade: _____

1º Encontro – Avaliação Inicial

1º) Observação da postura habitual de língua

2º) Questiona-se o paciente a respeito de sua postura habitual de língua

 Dentes superiores Dentes inferiores Papila palatina Região alveolar inferior Entre os dentes Outro: _____ Não soube responder

3º) Estimula-se a língua do paciente, a fim de aumentar sua percepção.

Estimulação: Três movimentos nas laterais direita e esquerda da língua e três movimentos no terço anterior do dorso da mesma.

4º) Questiona-se o paciente a respeito de sua postura habitual de língua

 Dentes superiores Dentes inferiores Papila palatina Região alveolar inferior Entre os dentes Outro: _____ Não soube responder

5º) Orienta-se o paciente a observar onde a língua permanece habitualmente na cavidade oral

2º Encontro – Avaliação de 7 a 21 dias após a avaliação inicial

6º) Questiona-se o paciente a respeito de sua postura habitual de língua

Dentes superiores

Dentes inferiores

Papila palatina

Região alveolar inferior

Entre os dentes

Outro: _____

Não soube responder

Anexo 3

Respostas individuais dos participantes

Quadro 3. Respostas individuais dos participantes no subgrupo A do grupo 1

	Gênero	Idade	1°	2°	4°	6°
1	M	6	NÃO	Pap	Pap	Pap
2	M	6	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
3	F	7	NÃO	Pap	Pap	DenInf
4	F	7	NÃO	AlvInf	DenInf	DenInf
5	F	7	NÃO	DenInf	DenInf	Pap
6	F	6	NÃO	DenSup	DenSup	DenSup
7	M	6	NÃO	DenSup	DenSup	DenInf
8	M	7	NÃO	AlvInf	DenInf	DenInf
9	F	7	NÃO	DenSup	Pap	Pap
10	F	7	NÃO	DenInf	DenInf	AlvInf

Legenda:

F = Feminino

M = Masculino

Pap = Papila palatina

DenSup = Dentes superiores

DenInf = Dentes inferiores

AlvInf = Região alveolar inferior

EntDs = Entre os dentes

NSR = Não soube responder

Quadro 4. Respostas individuais dos participantes no subgrupo B do grupo 1

	Gênero	Idade	1º	2º	4º	6º
1	M	8	NÃO	DenInf	DenSup	DenSup
2	F	9	NÃO	Pap	DenSup	DenSup
3	F	8	NÃO	DenInf	DenSup	DenInf
4	F	8	NÃO	DenSup	Pap	Pap
5	F	9	NÃO	DenInf	DenSup	DenSup
6	M	9	NÃO	DenSup	Pap	DenSup
7	F	8	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
8	M	8	NÃO	DenSup	DenInf	DenInf
9	F	8	NÃO	DenInf	DenSup	DenSup
10	F	9	NÃO	Pap	DenSup	DenSup

Legenda:

F = Feminino

M = Masculino

Pap = Papila palatina

DenSup = Dentes superiores

DenInf = Dentes inferiores

AlvInf = Região alveolar inferior

EntDs = Entre os dentes

NSR = Não soube responder

Quadro 5. Respostas individuais dos participantes no subgrupo C do grupo 1

	Gênero	Idade	1º	2º	4º	6º
1	F	12	NÃO	DenSup	Pap	DenSup
2	M	10	NÃO	Pap	Pap	DenSup
3	F	12	NÃO	DenInf	AlvInf	DenInf
4	F	12	NÃO	AlvInf	DenInf	Pap
5	F	12	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
6	M	12	NÃO	Pap	Pap	DenInf
7	M	12	NÃO	DenInf	DenInf	Pap
8	M	10	NÃO	DenSup	DenSup	DenInf
9	M	11	NÃO	DenInf	DenSup	DenSup
10	F	12	NÃO	Pap	Pap	DenSup

Legenda:

F = Feminino

M = Masculino

Pap = Papila palatina

DenSup = Dentes superiores

DenInf = Dentes inferiores

AlvInf = Região alveolar inferior

EntDs = Entre os dentes

NSR = Não soube responder

Quadro 6. Respostas individuais dos participantes no grupo 2

	Gênero	Idade	1º	2º	4º	6º
1	F	45	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
2	F	60	NÃO	EntDs	Pap	Pap
3	M	27	NÃO	DenSup	DenSup	DenSup
4	M	56	NÃO	DenInf	EntDs	DenInf
5	F	60	NÃO	Pap	Pap	Pap
6	F	27	NÃO	DenInf	DenSup	DenInf
7	M	30	NÃO	AlvInf	DenInf	DenInf
8	F	77	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
9	F	31	NÃO	DenInf	DenSup	DenSup
10	M	29	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
11	F	33	NÃO	DenSup	DenSup	DenSup
12	F	21	NÃO	DenSup	DenSup	Pap
13	F	54	NÃO	DenSup	DenSup	DenSup
14	F	29	NÃO	DenSup	Outro – ½ nos dentes sup e ½ nos dentes inf	DenSup
15	F	60	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
16	F	30	NÃO	Pap	DenSup	DenInf
17	F	20	NÃO	Pap	Pap	Pap
18	F	24	NÃO	Pap	Pap	Pap
19	M	25	NÃO	DenInf	DenInf	Pap
20	F	60	NÃO	DenSup	DenSup	DenSup
21	F	23	NÃO	DenSup	Pap	Pap
22	F	21	NÃO	DenInf	DenInf	DenInf
23	F	23	NÃO	DenSup	DenInf	DenSup
24	F	25	NÃO	DenSup	DenInf	DenSup
25	M	24	NÃO	AlvInf	DenInf	DenSup
26	F	30	NÃO	AlvInf	DenInf	DenInf
27	M	24	NÃO	DenSup	DenSup	DenSup
28	M	44	NÃO	DenSup	Pap	DenSup
29	M	19	NÃO	AlvInf	DenSup	DenInf
30	F	32	NÃO	DenInf	DenSup	DenSup

Legenda:

F = Feminino

M = Masculino

Pap = Papila palatina

DenSup = Dentes superiores

DenInf = Dentes inferiores

AlvInf = Região alveolar inferior

EntDs = Entre os dentes

NSR = Não soube responder

8 REFERÊNCIAS

Bianchini EMG. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais: diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. 5ª ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Pró-Fono; 2002.

Cardoso KR, Giellow I, Mattos MCF. Posicionamento habitual de língua nos padrões faciais anteroposteriores. In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD. Tópicos em Fonoaudiologia 1997/1998. São Paulo: Lovise; 1998. p.233-60.

Chiappetta ALML, Oda AL, Zanoteli E, Guilherme A, Oliveira ASB. Disfagia orofaríngea na distrofia miotônica. Avaliação fonoaudiológica e análise nasofibrolaringoscópica. Arq Neuropsiquiatr. 2001;59(2-B):394-400.

Degan VV, Puppim-Rontani RM. Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. Pró-Fono. 2005;17(3):375-82.

González NZT. Enfoque fonoaudiológico. In: González NZT, Lopes LD. Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial. São Paulo: Santos; 2000. p.39-42.

Jabur LB. Posicionamento habitual da língua em indivíduos com oclusão normal [monografia]. São Paulo: CEFAC; 1997.

Junqueira P. Avaliação miofuncional. In: Marchesan IQ. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos na motricidade oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.13-21.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977; 33: 159-74.

Maciel CTV, Leite ICG. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. Pró-Fono. 2005;17(3):293-302.

Maciel CTV, Barbosa MH, Toldo CA, Faza FCB, Chiappetta ALML. Disfunções orofaciais nos pacientes em tratamento ortodôntico. Rev CEFAC. 2006;8(4):456-66.

Mangilli LD, Rodrigues CS, Campiotto AR. A intervenção fonoaudiológica no pós-operatório da hipertrofia benigna do músculo masseter. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2006;11(2):103-9.

Marchesan IQ, Junqueira P. Atipia ou adaptação: como considerar os problemas da deglutição? In: Junqueira P, Dauden ATBC. Aspectos atuais em terapia fonoaudiológica. São Paulo: Pancast; 1997. p.11-23.

Marcondes CP. Determinação da posição de repouso da língua em indivíduos com oclusão dentária normal [dissertação]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2007.

Mendes ACS, Costa AA, Nemr K. O papel da Fonoaudiologia na Ortodontia e na Odontopediatria: avaliação do conhecimento dos odontólogos especialistas. Rev CEFAC. 2005;7(1):60-7.

Monego MT. Postura corporal X Distúrbio miofuncional: relações e implicações no prognóstico terapêutico fonoaudiológico [monografia]. Porto Alegre: CEFAC; 1999.

Pereira AC, Jorge TM, Júnior PDR, Berretin-Felix G. Características das funções orais de indivíduos com má oclusão Classe III e diferentes tipos faciais. Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2005;10(6):111-9.

Rakosi T, Schmith GPF. Análise Funcional. In: Graber TM, Neumann B. Aparelhos ortodônticos removíveis. São Paulo: Panamericana; 1987.p.143-90.

Taylor PM. Uma maneira de abordar as alterações miofuncionais orofaciais. In: Marchesan IQ. Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países. São José dos Campos: Pulso; 2005. p.259-72.

Tessitore A, Crespo AN. Análise radiográfica da posição habitual de repouso da língua. Pró-Fono. 2002;14(1):7-16.