

Relatório Final de Estágio



Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MIMD

2018/2019

O conhecimento dos pais sobre a importância da Terapia da fala na Medicina Dentária

Patrícia Alexandra Santos Vieira

Orientadora:

Mestre Aline dos Santos Gonçalves

Eu, Patrícia Alexandra Santos Vieira, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: “O conhecimento dos pais sobre a importância da Terapia da Fala na Medicina Dentária”.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Gandra, ___ maio de 2019

(Patrícia Vieira)

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientadora: Mestre Aline Gonçalves

Aceitação da orientadora

Eu, **Aline dos Santos Gonçalves**, com a categoria profissional de **Assistente Convidada do Instituto Universitário Ciências da Saúde**, tendo assumido o papel de Orientadora da Dissertação de Mestrado intitulada **“O conhecimento dos pais sobre a importância da Terapia da Fala na Medicina Dentária”**, da aluna Patrícia Alexandra Santos Vieira, declaro que sou de parecer favorável para que a Dissertação possa ser presente ao Júri para Admissão a provas de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, conducentes à obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária.

Gandra, __ maio de 2019

A Orientadora:

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha família, em especial aos meus pais e padrinhos que, para além de permitirem que tudo fosse possível, acreditaram em mim quando eu própria descreditei.

Um agradecimento especial à pessoa que me apoiou nos momentos mais difíceis, sendo o meu principal pilar, o meu namorado, Nelson Freitas.

Agradeço sobretudo às pessoas que para além de acompanharem o meu percurso académico fizeram parte dele e cresceram comigo ao longo destes cinco anos, nomeadamente as minhas melhores amigas, Joana Conde, Sofia Monteiro e Inês Trábulo.

Aos meus professores por todos os ensinamentos e partilha de conhecimentos.

Não podia deixar de agradecer à professora Maria dos Prazeres e à professora Ana Filipa Gomes por toda a paciência e auxílio na realização de partes essenciais para a realização deste relatório final de estágio.

Por último, mas não menos importante, à minha orientadora, professora Aline Gonçalves por toda a confiança, disponibilidade e ajuda ao longo do processo.

"When you believe in a thing, believe in it all the way, implicitly and unquestionable."

Walt Disney-

Resumo:

INTRODUÇÃO: Na sociedade, a linguagem é o principal código utilizado para a comunicação. Uma boa comunicação permite uma melhor interação, maior facilidade de expressão e conseqüentemente, melhor compreensão. No entanto, é necessário que haja harmonia entre as estruturas do sistema estomatognático e a forma como interagem. Um desequilíbrio a nível do aparelho estomatognático pode trazer graves repercussões a nível da fala.

OBJETIVOS: Avaliar o conhecimento dos pais, quanto à importância da atividade conjunta entre o Médico dentista/ Ortodontista e o Terapeuta da fala, no tratamento de alterações ao nível do sistema estomatognático que condicionam a fonação.

MATERIAL E MÉTODOS: Para a realização deste Relatório Final de Estágio, foram distribuídos questionários, aos Encarregados de Educação de crianças que frequentam quatro escolas no concelho de Gondomar e na Clínica Universitária Filinto Baptista. Os dados recolhidos foram inseridos no programa estatístico SPSS e Microsoft Excel. Na pesquisa bibliográfica, foram selecionados artigos científicos, nos motores de busca PubMed, Scielo e EBSCO, de 2003 a 2019. Recorreu-se também à pesquisa de livros pertinentes de forma a complementar a pesquisa.

RESULTADOS: Os pais mostraram-se conhecedores das funções básicas do Médico dentista e do Terapeuta da fala, desconhecendo a envolvimento do Médico dentista na resolução de problemas fonéticos. A grande maioria afirmou desconhecer a existência de interdisciplinaridade entre a Medicina dentária e a Terapia da fala, no entanto, quando confrontados sobre que tipo de ajuda recorriam, a atuação conjunta possuiu uma enorme relevância. Os hábitos de sucção não nutritiva estão intimamente relacionados com alterações na cavidade oral, e conseqüentemente alterações no desenvolvimento da linguagem.

CONCLUSÃO: A atuação interdisciplinar entre a Medicina dentária e a Terapia da fala é de extrema importância para o sucesso do tratamento. No entanto, é uma área pouco abordada e pouco conhecida pelos pais, motivo pela qual esta investigação poderá despertar curiosidade e abrir novos caminhos a novos estudos.

PALAVRAS-CHAVE: *“Terapia da fala”; “Ortodontia intercetiva”; “Problemas de linguagem”; “Hábitos de sucção”; “Má oclusão”; “Interposição lingual”; “Ausência de dentes anteriores”; “Mordida aberta anterior”; “Freio lingual”*

Abstract:

INTRODUCTION: In society, language is the main code used for communication. Good communication allows better interaction, easier expression and, consequently, better understanding. However, there is a need for harmony between the structures of the stomatognathic system and the way they interact. An imbalance in the stomatognathic apparatus can cause serious repercussions in speech.

PURPOSE: Evaluate the knowledge of the parents about the importance of the joint activity between the Dentist/ Orthodontist and the Speech Therapist in the treatment of alterations in the orofacial level that condition the phonation.

MATERIALS AND METHODS: To carry out this Final Stage Report, questionnaires were distributed to the parents of children attending four different schools in the county of Gondomar and in the Filinto Baptista University Clinic. The data collected was inserted in the statistical program SPSS and Microsoft Excel. In the bibliographic search, scientific articles were selected from PubMed, Scielo and EBSCO between 2003 and 2019. The research was completed with the search of essential books.

RESULTS: Parents were knowledgeable about the basic functions of the Dentist and Speech Therapist, ignoring the involvement of the Dentist in solving phonetic problems. The majority said that they didn't know the existence of interdisciplinarity between dental medicine and speech therapy. However, when confronted about what kind of help they used the joint action between Dentist and Speech Therapist had an enormous relevance. Non-nutritive sucking habits are closely related to alterations in the orofacial cavity, and consequently changes in language development.

CONCLUSION: The interdisciplinary action between dental medicine and speech therapy is extremely important for the success of the treatment, however, this is a subject few approached and known by parents. This research may arouse curiosity and open new opportunities to new studies.

KEYWORDS: *"Myofunctional therapy"; "Interceptive orthodontics"; "Language disorders"; "Sucking habits"; "Malocclusion"; "Lingual interposition"; "Absence of anterior teeth"; "Anterior open bite"; "Lingual frenulum"*

Índice

Capítulo I- O Conhecimento dos pais sobre a importância da Terapia da fala na Medicina dentária

1. Introdução.....	1-2
2. Objetivos	2
3. Material e métodos	2-3
4. Fundamentação teórica	
4.1. Desenvolvimento da linguagem	4-5
4.2. Hábitos de sucção	5-6
4.2.1. Hábitos de sucção nutritiva	6
4.2.2. Hábitos de sucção não nutritiva	7
4.3. Alterações do Sistema Estomatognático	
4.3.1. Protrusão mandibular	8
4.3.2. Retrusão mandibular	8
4.3.3. Mordida aberta anterior	9
4.3.4. Ausência de dentes anteriores	9
4.3.5. Anquiloglossia e interposição lingual	10
5. Resultados	
5.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	11
5.2. Hábitos de sucção	12-14
5.3. Alterações do desenvolvimento da linguagem	15-16
5.4. Alterações do sistema estomatognático	17
5.5. Opinião dos pais	
5.5.1. Conhecimento sobre a Terapia da fala	18
5.5.2. Conhecimento sobre a Medicina dentária	19-20
6. Discussão	20-23
7. Conclusão	24
8. Referências bibliográficas	25-27
9. Anexos	28-33

Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas de Estágio Supervisionado

1. Introdução	34
2. Relatório de Atividades por Unidade Curricular	
2.1 Estágio em Clínica Geral Dentária	34
2.2 Estágio em Clínica Hospitalar	35
2.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária	35-36
3. Considerações Finais das Atividades de Estágio	36

Índice de tabelas

Tab.1. Produção de vogais	4
Tab.2. Produção de consoantes	5
Tab.3. Caracterização do gênero da amostra	11
Tab.4. Informação sobre o início da linguagem	11
Tab.5. Realização de aleitamento materno	12
Tab.6. Idade aleitamento materno	12
Tab.7. Frequências e percentagens da utilização do biberão	12
Tab.8. Frequências e percentagens dos hábitos de sucção não nutritiva	12
Tab.9. Informação sobre frequência, percentagem e persistência dos hábitos de sucção em indivíduos com alterações no sistema estomatognático	13
Tab.10. Procura de ajuda especializada para eliminação de hábitos	14
Tab.11. Tipo de ajuda especializada para eliminação de hábitos	14
Tab.12. Tabela de frequência das alterações de linguagem que se relacionam com alterações no aparelho estomatognático	15
Tab.13. Tabela de frequência das alterações de linguagem da população em estudo	16
Tab.14. Procura de ajuda especializada para alterações da linguagem	16
Tab.15. Tipo de ajuda especializada para alterações da linguagem	16
Tab.16. Responsáveis por veicular informação sobre que tipo de ajuda procurar..	16
Tab.17. Procura de ajuda especializada para alterações do sistema estomatognático	17
Tab.18. Tipo de ajuda especializada para alterações do sistema estomatognático	17
Tab.19. Responsáveis por veicular informação sobre que tipo de ajuda procurar..	17
Tab.20. Conhecimento sobre a função do Terapeuta da fala	18
Tab.21. Áreas de atuação na Terapia da fala	18
Tab.22. Áreas de atuação na Medicina dentária	19
Tab.23. Conhecimento sobre a interdisciplinaridade	19
Tab.24. Procura em caso de problemas na fala	20
Tab.25. Procura em caso de alterações na face/boca	20

Índice de gráficos

Gráf.1. Distribuição das idades da amostra	11
Gráf.2. Informação sobre o início da linguagem	11
Gráf.3. Distribuição dos indivíduos por género e idade: "Começou a falar com que idade"	11
Gráf.4. Realização de aleitamento materno	12
Gráf.5. Idade aleitamento materno	12
Gráf.6. Frequências e percentagens da utilização do biberão	12
Gráf.7. Procura de ajuda especializada para eliminação de hábitos	14
Gráf.8. Tipo de ajuda especializada para eliminação de hábitos	14
Gráf.9. Alterações de linguagem que se relacionam com alterações no aparelho estomatognático	15
Gráf.10. Procura de ajuda especializada para alterações da linguagem	16
Gráf.11. Tipo de ajuda especializada para alterações da linguagem	16
Gráf.12. Responsáveis por veicular informação sobre que tipo de ajuda procurar..	16
Gráf.13. Alterações a nível do aparelho estomatognático	17
Gráf.14. Procura de ajuda especializada para alterações do sistema estomatognático	17
Gráf.15. Tipo de ajuda especializada para alterações do sistema estomatognático	17
Gráf.16. Responsáveis por veicular informação sobre que tipo de ajuda procurar..	17
Gráf.17. Conhecimento sobre a função do Terapeuta da fala	18
Gráf.18. Distribuição de atuação Terapia da fala	18
Gráf.19. Idade de atuação em Medicina dentária	19
Gráf.20. Procura em caso de problemas na fala	20
Gráf.21. Procura em caso de alterações na face/boca	20

CAPÍTULO I- O CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA DA FALA NA MEDICINA DENTÁRIA

1. INTRODUÇÃO:

A fala, embora seja, uma função neurofisiológica que se aperfeiçoa com o desenvolvimento orgânico do indivíduo, depende de um bom equilíbrio anatomofuncional do sistema estomatognático (SE).^(1,2) O SE é constituído por estruturas estáticas e dinâmicas, como músculos, ossos, nervos e articulações, que para além da fala, são responsáveis pelos processos fisiológicos de sucção, deglutição, mastigação e respiração. Uma alteração num destes componentes irá levar a um desequilíbrio de todo o sistema, que pode ter diversas repercussões.^(1,3)

Desde o nascimento até aos três anos de idade a criança sofre um pico no seu crescimento, sendo que é fundamental observar a sua evolução tanto a nível psicomotor como linguístico e comunicacional.⁽⁴⁾

Os hábitos de sucção não nutritivos, como chupeta e dedo podem ser apontados como fatores de risco para alterações a nível da cavidade oral. A sua gravidade vai depender da frequência, intensidade e duração do hábito (Tríade de Graber).^(1,4,5)

O Médico dentista é o profissional de saúde responsável por diagnosticar, prevenir, tratar e reabilitar a cavidade oral e estruturas anexas, em qualquer faixa etária, atuando sobretudo no restabelecimento da forma.⁽⁶⁾

O Terapeuta da fala atua especialmente na prevenção, reabilitação e restabelecimento da função do aparelho estomatognático, podendo atuar desde o nascimento, avaliando o desenvolvimento psico-motor e possíveis perturbações, até à idade adulta passando pela remoção de hábitos deletérios, melhoria da articulação e fluência da fala.^(4,6-8)

A Medicina dentária e a Terapia da fala são grandes aliadas, pelo que é fundamental a atuação conjunta destes profissionais, visto que têm como interesse comum o equilíbrio do sistema estomatognático e se podem complementar. No entanto, esta interação não está bem elucidada perante a sociedade.^(3,6) Para muitas pessoas, existe ainda o estigma de que o Médico dentista apenas pode atuar a nível oral e o Terapeuta da fala na correção da fala, o que leva muitas vezes à não colaboração dos pais com os profissionais, não só porque

desconhecem as diversas áreas de atuação mas também porque não admitem que o filho possa precisar de ajuda.

Com o presente estudo pretendeu-se avaliar qual o grau de conhecimento que os pais possuem sobre o assunto para que se possa intervir de forma positiva no futuro e incentivar os profissionais a encaminhar os pacientes em caso de necessidade.

2. OBJETIVOS:

Avaliar o conhecimento dos pais, quanto à importância da atividade conjunta entre o Médico dentista/ Ortodontista e o Terapeuta da fala, no tratamento de alterações ao nível do sistema estomatognático que condicionam a fonação.

3. MATERIAL E MÉTODOS:

Para a realização deste relatório final de estágio, no ano letivo de 2018/2019, foram distribuídos questionários aos Encarregados de Educação dos alunos que frequentam as escolas públicas do Ensino Básico de S. Pedro da Cova, concelho de Gondomar, bem como pais de pacientes na Clínica Universitária Filinto Baptista. Foram entregues 400 inquéritos a crianças, dos 5 aos 11 anos, que posteriormente entregaram aos respetivos Encarregados de Educação, num período compreendido entre fevereiro e março de 2019. Todos os questionários foram acompanhados de um consentimento informado dirigido aos Encarregados de Educação, onde foi garantida a confidencialidade e anonimato de todas as respostas.

O questionário é constituído por 5 grupos:

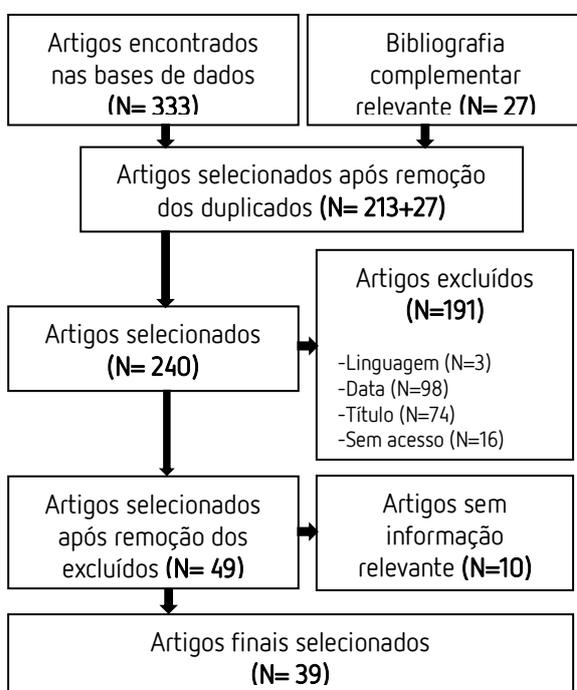
- O 1º grupo permitiu recolher dados relativamente às características sociodemográficas dos educandos (idade atual, gênero e idade que começou a falar);
- O 2º grupo permitiu recolher dados relativamente a hábitos de sucção e se o Encarregado de Educação recorreu a ajuda especializada para eliminação dos mesmos.
- O 3º grupo permitiu recolher dados relativamente a perturbações de linguagem, se o Encarregado de Educação recorreu a ajuda especializada para correção dos mesmos e, se afirmativo, quem indicou a ajuda.
- O 4º grupo permitiu recolher dados relativamente a alterações orofaciais (nomeadamente, retrusão e protrusão mandibular, mordida aberta anterior, interposição lingual, perda de

dentes anteriores e freio lingual curto), se o Encarregado de Educação recorreu a ajuda especializada para correção dos mesmos e, se afirmativo, quem indicou a ajuda.

- O 5º grupo permitiu avaliar os pais acerca do conhecimento sobre a área de Terapia da fala e Medicina dentária, nomeadamente, funções, faixas etárias em que atuam e de que forma se podem complementar.

Os dados recolhidos foram inseridos no programa SPSS 25.0 e Microsoft Excel, a partir do qual foi realizada a análise descritiva.

Na pesquisa bibliográfica, foram selecionados artigos científicos, nas bases de dados PubMed, Scielo e EBSCO de 2003 a 2019 com as palavras-chave: “Myofunctional therapy”; “Interceptive orthodontics”; “Language disorders”; “Sucking habits”; “Malocclusion”; “Lingual interposition”; “Absence of anterior teeth”; “Anterior open bite”; “Lingual frenulum”. Recorreu-se também à pesquisa de livros pertinentes de forma a complementar a pesquisa. Foram excluídos os artigos que o título não se enquadrava, artigos que, após leitura, se distanciavam do tema em questão, artigos duplicados e os artigos não disponíveis em texto integral nas bases de dados referidas. No final, foram selecionados 39 artigos científicos com relevância para a temática em estudo.



Esquema 1: Cronograma material e métodos da pesquisa bibliográfica

3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Questionários preenchidos corretamente;
- Pais de crianças incluídas na faixa etária dos 5 aos 11 anos de idade;
- Crianças que têm com língua materna a língua portuguesa.

3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Questionários mal preenchidos ou incompletos;
- Pais de crianças não incluídas na faixa etária dos 5 aos 11 anos de idade;
- Questionários não devolvidos.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

A comunicação verbal é uma das capacidades mais complexas do ser humano, que permite a sua inserção na sociedade. Através deste modo de comunicação os indivíduos adquirem a capacidade de expressarem os seus sentimentos, emoções, de trocarem experiências vividas e transmitirem informações e conhecimentos aos outros.^(7,9) Uma criança inicia a sua comunicação logo após o nascimento, através do choro. Embora se trate de uma forma de comunicação rudimentar, esta permite transmitir os seus sentimentos através de vocalizações não linguísticas (como por exemplo: espirrar, arrotar, tossir) e movimentos corporais.⁽⁴⁾ Estas formas de expressão preparam os órgãos fonoarticulatórios para a passagem do ar, pelo que tem um papel fundamental na futura produção da fala.⁽¹⁰⁾

A linguagem é um processo neurofisiológico adquirido que se vai aperfeiçoando ao longo do tempo.⁽¹⁰⁾ Por volta dos dois/três meses o bebé substitui as suas vocalizações não linguísticas (essencialmente reflexivas) por uma produção contínua de sons vocálicos, que se designa fase de palreio. Ao longo dos meses o processo exploratório do aparelho fonoarticulatório vai permitir a produção de uma grande variedade de sons.^(4,10)

A erupção dentária é fulcral para o desenvolvimento lexical, uma vez que os dentes são o ponto de articulação para a produção de determinados sons.^(7,11) Dos nove aos dezoito meses a criança adquire uma proto-linguagem (produção de palavras no meio do balbucio) pelo que, por volta dos doze meses de idade é expectável que a criança já tenha proferido as primeiras palavras.^(4,7)

Na elaboração da fala, a língua tem um papel ativo na produção de sons, sendo a principal reguladora do trato vocal. As vogais e as consoantes diferem pelo grau de constrição vocal, sendo que o ápex da língua encontra-se sempre por detrás dos incisivos inferiores e o grau de constrição é menor na produção de sons vocálicos.⁽¹¹⁾

FONEMAS	POSTURA LINGUAL
l,e	Dorso da língua eleva-se à frente
A	Língua encontra-se baixa e mais avançada ou recuada
O,u	Dorso da língua eleva-se progressivamente

Tabela 1: Produção de vogais, adaptado de: Guimarães, I. PAOF- Protocolo de Avaliação Orofacial.⁽¹¹⁾

FONEMAS	IDADE MINI*	IDADE MAXI**	POSTURA LINGUAL/MODO DE ARTICULAÇÃO
T,d,n	8-10 meses	6 anos	Ápice da língua encostado à região dento-alveolar
K,g	3 meses	4 anos	Dorso da língua encostado ao véu palatino
S,z	2 anos	7 anos	Ápice da língua aproxima-se da região dento-alveolar
J,ch	2 anos	7 anos	Ápice da língua aproxima-se da região dento-alveolar
L	1 ano	6 anos	Obstrução formada pela ponta da língua junto dos alvéolos
R	2 meses	6 anos	Obstrução provocada pela ponta da língua junto dos alvéolos ou vibração da parte posterior da língua junto ao véu palatino
F,v	1 ano	6 anos	Labiodental (Lábio inferior contacta com incisivos superiores)
P,b,m	2 a 3 meses	4 anos	Bilabial (Lábio inferior contacta com lábio superior)

Tabela 2: Produção de consoantes, adaptado de Guimarães, I. PAOF- Protocolo de Avaliação Orofacial⁽¹¹⁾ e Thibault, C. Terapia da Fala e Oralidade.⁽¹⁰⁾

* Idade à qual cerca de 50% das crianças pronunciam o som corretamente

** Idade em que o som é adquirido pela grande maioria das crianças

Uma alteração ou um atraso no desenvolvimento dos percursores da linguagem e da aquisição das capacidades preceptivo-motoras poderá indiciar atrasos a nível linguístico.^(4,10)

Contudo, atrasos a nível da linguagem podem ser devido a disfunções, como problemas auditivos ou até mesmo distúrbios de desenvolvimento.⁽¹⁰⁾

Segundo Grunwell (1989 cit. In Peixoto J., 2009⁽⁴⁾) os critérios de inclusão para um atraso de linguagem são:

- Criança com idade superior a quatro anos.
- Sem qualquer problema auditivo (audição normal).
- Inexistência de malformações.
- Desenvolvimento cognitivo, compreensão e expressão adequados à faixa etária.

Quando se trata de distúrbios na cavidade oral, os mesmo se refletem na produção de sons. Problemas como protrusão ou retrusão mandibular, mordida aberta anterior, anquiloglossia e perda de dentes anteriores vão interferir na forma de articulação das palavras e, dessa forma, levar a que surjam dificuldades de expressão.⁽¹¹⁻¹³⁾

4.2 HÁBITOS DE SUCÇÃO

A sucção é uma das principais funções do sistema estomatognático.⁽¹⁴⁾ Desde muito cedo, a criança apresenta um reflexo natural de sucção, por meio das mãos e dedos. Este hábito pode ser adotado pela criança devido à falta de amamentação adequada, falta de

atenção ou por refúgio emocional, uma vez que proporciona uma sensação de bem-estar, conforto, proteção, prazer e relaxamento.^(1,5,15) Este reflexo é normal até aos dois a três anos de idade na vida da criança, embora, enquanto vai crescendo físico e emocionalmente é expectável que desapareça ainda antes dos três anos de idade, sendo que, se não desaparecer torna-se um hábito nocivo.^(12,16)

Vários autores relatam a existência de uma relação entre hábitos de sucção e o desenvolvimento do sistema estomatognático, podendo esta atividade ser benéfica ou prejudicial.^(14,5) Esta pode ser dividida em dois grandes grupos:

4.2.1 HÁBITOS DE SUCCÃO NUTRITIVA: AMAMENTAÇÃO E BIBERÃO

A amamentação por meio do seio materno é crucial para um correto crescimento e maturação do sistema estomatognático, que por sua vez, estimula o desenvolvimento das funções fisiológicas como mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação.^(13,14)

O aleitamento materno, segundo Bervian J et al, funciona como aparelho ortodôntico natural, na medida em que favorece o desenvolvimento do tônus muscular, que por sua vez, acarreta consigo o desenvolvimento ósseo, promovendo um crescimento ântero-posterior da mandíbula e da maxila.^(13,14) Até à época da erupção dos dentes temporários é pressuposto que o retrognatismo mandibular presente à nascença se tenha autocorrigido.⁽¹⁴⁾

Foi realizado um estudo em 180 crianças (dos quatro aos seis anos de idade) e concluiu-se que apesar de não haver relação direta entre o tipo de aleitamento e as funções estomatognáticas, os indivíduos que foram amamentados de forma natural apresentavam menores alterações a nível orofacial.⁽¹⁴⁾

Assim, seria ideal a criança ser exclusivamente amamentada até ao sexto mês de vida, evitando a busca por meios de sucção não nutritivos e desta forma, tentar minimizar o desenvolvimento de hábitos orais nocivos.⁽¹⁴⁾

A amamentação artificial, através do biberão, é mais fácil para o bebé pois requer menos esforço e é frequentemente mais curta, no entanto, pode ser desfavorável para o crescimento e o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático.^(14,5,15) O bebé não faz um bom selamento labial, nem tem tanto controlo lingual na regulação do fluxo do leite o que, conseqüentemente, não permite uma estimulação da musculatura orofacial.^(5,14,15)

4.2.2 HÁBITOS DE SUÇÃO NÃO NUTRITIVA: CHUPETA, DEDO E LÍNGUA

A falta de amamentação adequada (ausência ou insuficiente alimentação materna; alimentação artificial) nos primeiros meses de vida leva à procura de objetos ou estruturas sem caráter nutricional.

Os hábitos de sucção não nutritiva mais descritos na literatura são o dedo, a língua e a chupeta, que se destaca pela sua elevada prevalência.^(12,13,5)

Hábitos de sucção não nutritiva na criança de forma excessiva podem causar danos significativos no desenvolvimento dentário normal bem como na morfologia maxilo-facial, tendo em conta a intensidade, frequência e duração do hábito.^(12,5,16) Dentro destas alterações destacam-se a mordida aberta anterior, retrognatismo mandibular, interposição lingual, entre outras.^(1,12,13,5,15-17)

De modo a eliminar os hábitos nocivos e a corrigir possíveis alterações orofaciais, é imperativo realizar um tratamento simultaneamente preventivo e intercetivo.^(3,12,13,5,15,16,18) Como medidas preventivas contra os efeitos causados pela sucção deletéria, existem tetinas ortodônticas para chupeta e biberão que imitam a fisiologia do peito materno (permitem uma sucção mais natural).⁽¹²⁾

O tratamento intercetivo deve ser iniciado, segundo a literatura, o mais cedo possível e deve ser de caráter multidisciplinar, isto é, realizado por uma equipa constituída por: Médico dentista/ Odontopediatra/ Ortodontista, Terapeuta da fala, Otorrinolaringologista, Pediatra, Psicólogo e Pais.^(3,12,13,15,18,19) É fundamental a remoção do hábito causal, pois o tratamento ortodôntico por si só não é suficiente.^(13,15)

O Médico dentista/ Odontopediatra/ Ortodontista vai atuar na correção das anomalias a nível dentário e orofacial, por meio de aparelhos ortodônticos intercetivos, como *Trainers*, Grades palatinas, Grelhas linguais bem como a consciencialização, mostrando à família e à criança as principais consequências por meio de imagens, modelos ou histórias.^(12,13,15,16)

O Terapeuta da fala vai auxiliar na eliminação dos hábitos, como também reeducar a musculatura orofacial, de modo a restabelecer um ambiente funcional ideal para estabilização das arcadas.⁽¹³⁾

4.3. ALTERAÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

As alterações a nível do sistema estomatognático podem acarretar diversas repercussões, principalmente a nível fonético. São vários os autores que referem a existência de relação entre a maloclusão e problemas na fala. Esta situação pode ser agravada por uma atividade anormal dos lábios e da língua.⁽⁷⁾ Assim, o Odontopediatra/ Ortodontista vai atuar no restabelecimento da forma, conjuntamente com o Terapeuta da fala que irá reestabelecer a função.⁽⁶⁾

4.3.1) Protrusão mandibular

A mandíbula encontra-se mesialmente em relação à maxila, afetando a articulação e desta forma, a linguagem verbal.^(1,11)

A nível fonético, as consoantes mais afetadas vão ser o F e V, uma vez que, a articulação vai ser feita entre lábio superior e incisivos inferiores, ou seja, o inverso do suposto.⁽⁷⁾

O tratamento não cirúrgico apenas vai camuflar permitindo uma melhor harmonia facial. Dentro deste destacam-se a expansão maxilar; intervenção ortopédica com uso de máscaras faciais ou disjuntores; tratamentos com extrações dentárias e tratamentos ortodônticos. O recurso à Terapia da fala é de extrema importância para o controlo de recidivas.⁽²⁰⁾

4.3.2) Retrusão mandibular

A retrusão mandibular é definida como uma desarmonia maxilofacial, em que a mandíbula se encontra distalmente em relação à maxila.^(1,11,16) Esta, pode também estar associada a um overjet excessivo, incisivos superiores protruídos e mordida aberta anterior.^(21,22)

A nível fonético as consoantes mais afetadas são, sobretudo, as consoantes F, V, S e Z, dependendo da gravidade da situação, poderão surgir mais alterações.^(1,7,23)

O objetivo do tratamento é o reposicionamento mandibular, que é conseguido através de recursos ortopédicos, aparelhos ortodônticos intercetivos, aparelhos funcionais e *Trainer for kids*. O Terapeuta da fala deve intervir de modo a reestabelecer o equilíbrio e melhorar a tonicidade perioral.^(1,16,21)

4.3.3) Mordida aberta anterior

A mordida aberta anterior pode ser definida como a ausência de contacto incisal em relação cêntrica.^(16,24-26)

Segundo a literatura, esta anomalia está diretamente relacionada com hábitos de sucção não nutritiva, como chupeta, sucção digital e língua, bem como postura anterior da língua em repouso.^(24,26,27)

Pela dificuldade do contacto entre o lábio inferior e os incisivos superiores e por incompetência labial, afeta sobretudo consoantes como T, D, N, L, e R.⁽²⁶⁾ Por sua vez, as consoantes F e V também podem ser afetadas, mas com menor frequência.⁽⁷⁾

Esta anomalia tende a desaparecer espontaneamente com a cessação dos hábitos nocivos, no entanto, se já se tiverem instalado outras disfunções secundárias poderá ser necessário tratamento.^(24,25,28)

O tratamento tem como objetivo, não só, a cessação do hábito bem como uma correção dos fatores etiológicos.^(24,27) O Médico dentista irá atuar utilizando grades palatinas ou linguais, pontas ativas ou esporões, bem como aparelhos funcionais fixos ou removíveis.^(24,25,27,28) A Terapia da fala vai permitir modificar a função, bem como reeducar a musculatura orofacial através de exercícios, com o objetivo de sucesso terapêutico e diminuição de recidivas.⁽²⁴⁻²⁷⁾

4.3.4) Ausência de dentes anteriores

A ausência de dentes anteriores é uma situação comum em crianças na fase de mudança de dentição temporária para definitiva. Apesar de transitória, e embora, muitas se consigam adaptar a esta situação fisiológica, algumas ficam com um défice na pronúncia, especialmente nas consoantes em que há envolvimento dentário, como T, D, N, S, Z, J, L, F e V. Se a perda foi precoce é necessário recorrer ao Odontopediatra/Ortodontista, para a utilização de recuperadores ou mantenedores de espaço. O Terapeuta da fala vai ajudar a criança na articulação de sons durante a fase de adaptação.^(7,29)

4.3.5) Anquiloglossia e Interposição lingual

A anquiloglossia pode ser definida como uma anomalia oral congênita, que limita os movimentos de protrusão e elevação da língua, tendo por base um freio lingual curto e hipertrófico ou ausente.⁽³⁰⁻³³⁾

Esta está frequentemente associada a protrusão maxilar, mordida aberta anterior e, em muitos casos, interposição lingual.^(30,32,33)

Algumas crianças são capazes de produzir um discurso normal, no entanto, a grande maioria apresenta alterações fonéticas; nomeadamente nas palavras cujo o ápice lingual está envolvido, como é o caso do R, S, Z, L, N, T e D.^(2,30,31,34)

O seu tratamento deve contemplar um equilíbrio entre a forma e a função. Desta forma, o Médico dentista pode intervir cirurgicamente, mediante a realização de uma frenectomia, enquanto que o Terapeuta da fala pode auxiliar através da avaliação da fonética, assim como dos movimentos e funções estomatognáticas.^(2,30,31,34)

Apesar das alterações no sistema estomatognático se relacionarem mais com a pronúncia de determinadas consoantes, todas elas acabam por ser afetadas, dependendo da gravidade da anomalia.⁽⁷⁾

5. RESULTADOS

Dos 400 questionários entregues, foram devolvidos 298, sendo que 25 foram excluídos, uma vez que não se encontravam devidamente preenchidos, perfazendo uma amostra total de 273 inquiridos. A taxa de participação foi de 74,5%.

5.1. Grupo I- Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 273 crianças com idades compreendidas entre os cinco e os onze anos de idade (Média 7,84; Desvio padrão 1,324) [Gráfico 1].

Gênero	N	%
Feminino	149	54,6
Masculino	124	45,4

Tabela 3- Caracterização do género da amostra

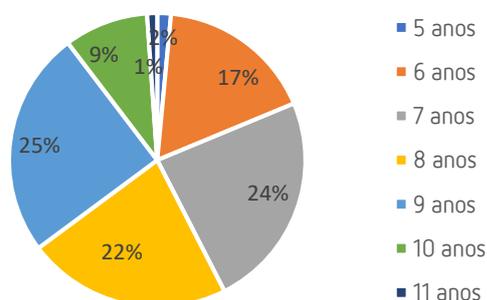


Gráfico 1- Distribuição das idades da amostra

A maioria das crianças começou a falar entre os oito e os doze meses de idade (49,5%), sendo que se verificou um atraso nos indivíduos do sexo masculino.

Meses	N	%	Gênero	
			Feminino	Masculino
8-12	135	49,5	81	54
13-18	97	35,5	48	49
19-24	24	8,8	15	9
25-30	12	4,4	3	9
31-36	2	0,7	0	2
> 36	3	1,1	2	1

Tabela 4 e Gráfico 2- Informação sobre o início da linguagem

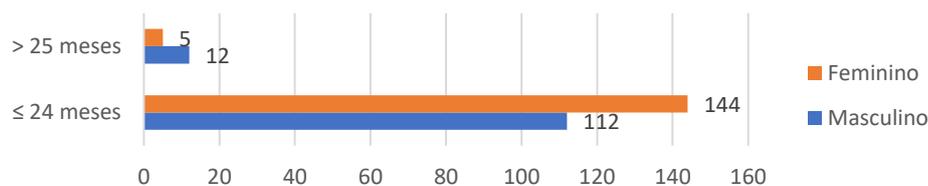
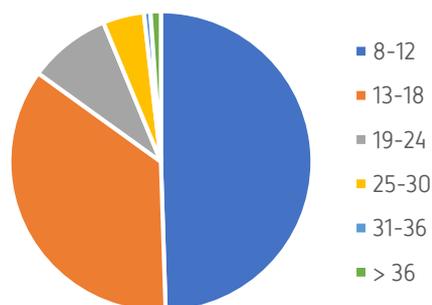


Gráfico 3- Distribuição dos indivíduos por género e idade: "Começou a falar com que idade"

5.2. Grupo II- Hábitos de sucção

5.2.1. Hábitos de sucção nutritiva: Amamentação e Biberão

No que diz respeito aos hábitos de sucção nutritiva, 84,6% (N=231) revelou ter realizado aleitamento materno, sendo que o mínimo encontrado foi de 1 mês e o máximo 72 meses (=6 anos); a média de aleitamento foi 12,77 meses (desvio padrão 0,849).

	N	%
Sim	231	84,6
Não	42	15,4



Tabela 5 e Gráfico 4- Realização de aleitamento materno

Dos 84,6% que realizaram aleitamento materno, 41,6% realizou aleitamento até aos 6 meses e 58,4% para além dos 6 meses.

	N	%
≤6meses	96	35,2
>6meses	135	58,4

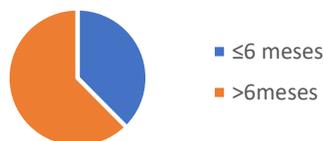


Tabela 6 e Gráfico 5- Idade aleitamento materno

Dos inquiridos, 81,7% (N=223) afirmaram ter utilizado biberão, sendo que o mínimo encontrado para a cessação do hábito foi 3 meses e o máximo 72 meses (=6 anos); a média 33,03 meses (desvio padrão 1,130).

	N	%
Sim	223	81,7
Não	45	16,5
Ainda usa	5	1,8

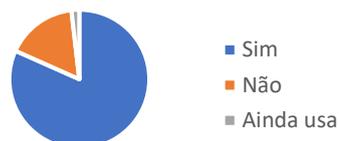


Tabela 7 e Gráfico 6- Frequências e percentagens da utilização do biberão

5.2.2. Hábitos de sucção não nutritiva: Chupeta, Dedo e Língua

Dentro dos hábitos de sucção não nutritiva verificou-se uma maior prevalência no uso da chupeta (79,5%).

	Sim		Não		Ainda usa	
	N	%	N	%	N	%
Chupeta	217	79,5	55	20,1	1	0,4
Dedo	19	7,0	252	92,3	2	0,7
Língua	13	4,8	255	93,4	5	1,8

Tabela 8- Frequências e percentagens dos hábitos de sucção não nutritiva

5.2.2.1. Utilização da chupeta:

Na população em estudo verificou-se que 79,5% utilizou chupeta, sendo que o mínimo encontrado foi de 3 meses e o máximo 84 meses (=7 anos); a média da cessação do hábito foi 33,66 meses (desvio padrão 1,128).

5.2.2.2. Utilização do dedo:

A sucção do polegar é apenas referida por 7,0% (N= 19) dos inquiridos, sendo a sua idade mínima para cessação do hábito 12 meses e a máximo 84 meses (=7 anos); com uma média de 36,68 meses (desvio padrão 5,069).

5.2.2.3. Utilização da língua:

Quando inquiridos sobre o hábito de sucção da língua, apenas 4,8% (N=13) responderam de forma afirmativa, sendo que a idade mínima para eliminação do hábito foi 7 meses e a máximo 72 meses (=6 anos); com média 30,08 meses (desvio padrão 6,276).

5.2.3. Hábitos de sucção e alterações a nível orofacial

Uma vez que os hábitos de sucção se relacionam com alterações a nível orofacial, considerou-se apenas a amostra que contempla os indivíduos com problemas a nível do sistema estomatognático (N= 139). Foi possível observar uma maior prevalência no uso do biberão (88,5%), bem como no uso da chupeta (81,3%). Quando realizada uma análise relativamente à duração do hábito, verificou-se uma maior prevalência de alterações quando o mesmo persiste para além dos 36 meses, inclusivé, no caso da chupeta (56,6%), do biberão (53,7%) e do dedo (54,5%).

Hábitos		Sim		Não		Persistência do hábito	
		N	%	N	%	≤ 6 meses	>6 meses
Nutritivos	Amamentação	109	78,4	30	21,6	46,8%	53,2%
						<36 meses	≥36 meses
	Biberão	123	88,5	16	11,5	46,3%	53,7%
Não nutritivos	Chupeta	113	81,3	26	18,7	43,4%	56,6%
	Dedo	11	7,9	128	92,1	45,5%	54,5%
	Língua	10	7,2	129	92,8	70%	30%

Tabela 9- Informação sobre frequência, percentagem e persistência dos hábitos de sucção em indivíduos com alterações no sistema estomatognático

5.2.4. Ajuda especializada na eliminação dos hábitos de sucção

Quando inquiridos sobre se recorreram a ajuda especializada para eliminação dos hábitos de sucção, apenas 4,4% (N= 12) responderam de forma afirmativa, sendo que a sua grande maioria 95,6% (N=261) não teve qualquer tipo de ajuda especializada.

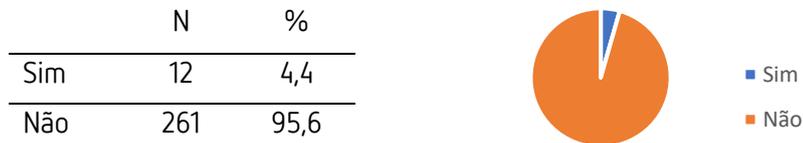


Tabela 10 e Gráfico 7- Procura de ajuda especializada para eliminação de hábitos

Dos 4,4% que procuraram ajuda, a grande maioria procurou o Médico de família (58,4%).

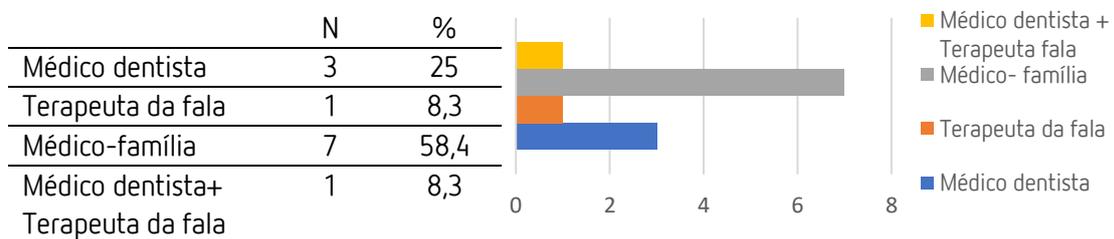


Tabela 11 e Gráfico 8- Tipo de ajuda especializada para eliminação de hábitos

5.3. Grupo III- Alterações de desenvolvimento da linguagem

Da população em estudo, 53,8% não apresentaram qualquer dificuldade de linguagem, sendo que, 38,8% apresentavam problemas a nível do aparelho estomatognático, o que significa que 61,2% apresentavam alterações de linguagem resultantes de alterações a nível orofacial.

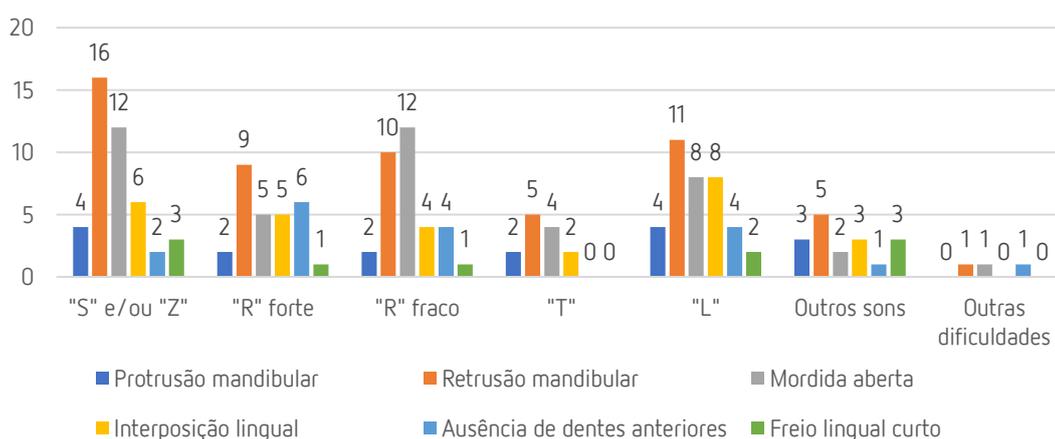


Gráfico 9- Alterações de linguagem que se relacionam com alterações no aparelho estomatognático

Sendo assim, e considerando apenas as alterações de linguagem em que há alterações a nível do aparelho estomatognático, verificou-se que as consoantes mais afetadas são as pronúncias do "S" e/ou "Z" (30,9%); "L" (29,5%) e "R fraco" (23,7%).

	N	%
Erro pronúncia do "S" e/ou "Z"	43	30,9
Erro pronúncia do "R" forte	28	20,1
Erro pronúncia do "R" fraco	33	23,7
Erro pronúncia do "T"	13	9,4
Erro pronúncia do "L"	41	29,5
Erro pronúncia outros sons	17	12,2
Outras dificuldades	3	2,3

Tabela 12- Tabela de frequência das alterações de linguagem que se relacionam com alterações no aparelho estomatognático

O mesmo se verifica quando não se considera apenas os que possuem alterações de linguagem associados a problemas do sistema estomatognático, mas sim quando se tem em conta toda a amostra (N=273), das quais 46,2% (N=126) apresentavam alterações de

linguagem. As consoantes mais afetadas continuam a ser as pronúncias do "S" e/ou "Z" (19%); "L" (17,9%) e "R fraco" (16,4%).

	N	%
Erro pronúncia do "S" e/ou "Z"	52	19
Erro pronúncia do "R" forte	39	14,2
Erro pronúncia do "R" fraco	45	16,4
Erro pronúncia do "T"	15	5,5
Erro pronúncia do "L"	49	17,9
Erro pronúncia outros sons	25	9,2
Outras dificuldades	7	2,2

Tabela 13- Tabela de frequência das alterações de linguagem da população em estudo

Quando inquiridos sobre a necessidade de procurar ajuda especializada para correção dessas alterações, 51,6% afirmou ter necessitado de ajuda e 48,4% não procurou qualquer tipo de ajuda.

	N	%
Sim	65	51,6
Não	61	48,4



Tabela 14 e Gráfico 10- Procura de ajuda especializada para alterações da linguagem

Dos 51,6% que obtiveram ajuda para resolução de problemas a nível da linguagem, 87,7% recorreu a ajuda de um Terapeuta da fala.

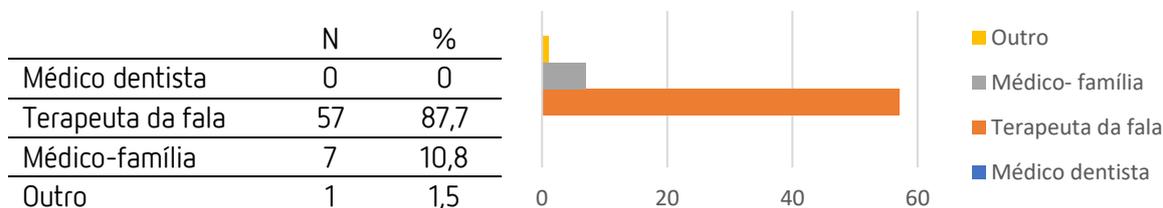


Tabela 15 e gráfico 11- Tipo de ajuda especializada para alterações da linguagem

Os pais afirmaram que obtiveram indicação sobretudo por parte do Médico de família (41,5%) e pela Escola/Educadora (29,2%), sendo que apenas uma pequena percentagem foi encaminhada pelo Médico dentista (4,6%).

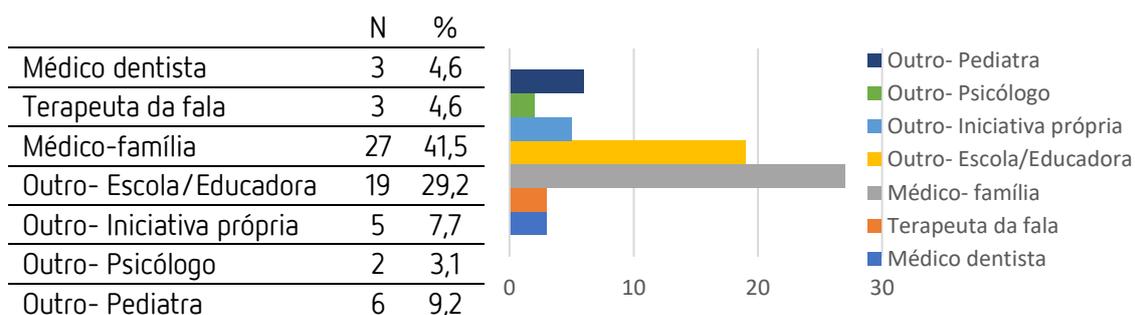


Tabela 16 e Gráfico 12- Responsáveis por veicular informação sobre que tipo de ajuda procurar

5.4. Grupo IV- Alterações do Sistema Estomatognático

Do total dos inquiridos, 49,1% não apresentavam alterações a nível do sistema estomatognático; os restantes 50,9% apresentavam problemas, sendo que o mais prevalente foi a retrusão mandibular (14,7%).

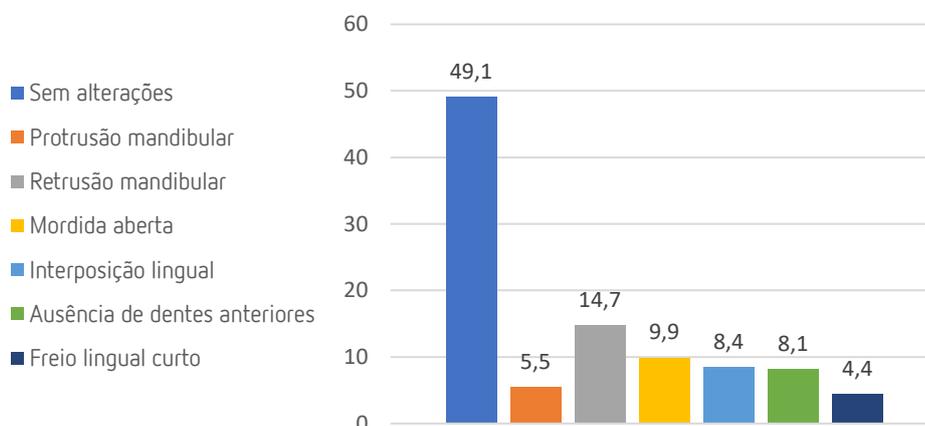


Gráfico 13- Alterações a nível do aparelho estomatognático

Dos 50,9% que apresentavam problemas apenas 39,6% procuraram ajuda especializada, e 60,4% não procuraram qualquer tipo de ajuda.

	N	%
Sim	55	39,6
Não	84	60,4



Tabela 17 e Gráfico 14- Procura de ajuda especializada para alterações do sistema estomatognático

Dentro dos 39,6% que procuraram ajuda, a grande maioria recorreu ao Médico dentista (90,9%) para resolução dos problemas.

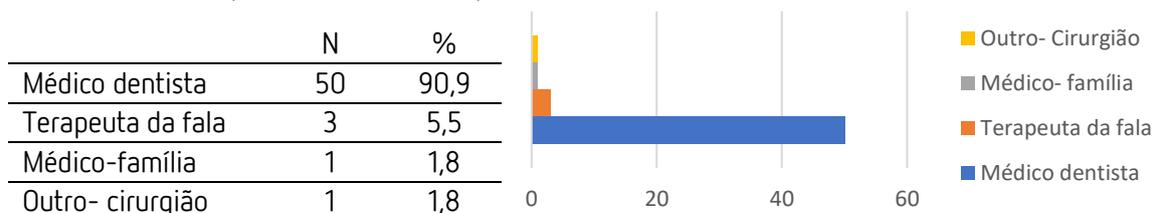


Tabela 18 e Gráfico 15-Tipo de ajuda especializada para alterações do sistema estomatognático

Quando inquiridos sobre qual o responsável por veicular a ajuda, grande parte dos pais afirmaram ter sido o Médico de família (36,4%), o Médico dentista (21,8%) ou por iniciativa própria (21,8%).

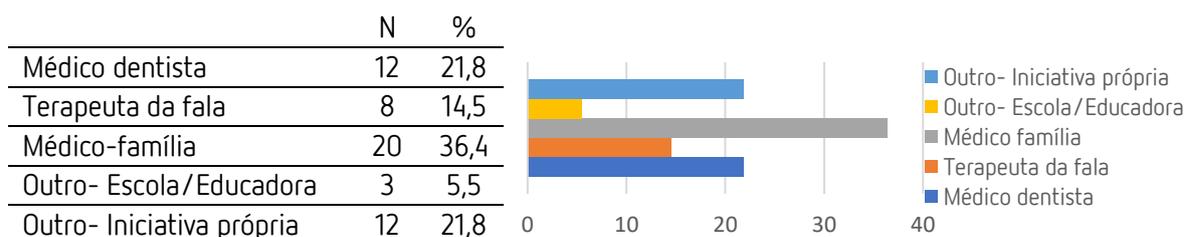


Tabela 19 e Gráfico 16- Responsáveis por veicular informação sobre que tipo de ajuda procurar

5.5. Grupo V- Opinião dos pais

5.5.1. Conhecimento sobre a Terapia da fala

5.5.1.1. Conhecimento sobre a função do Terapeuta da fala

Do total dos inquiridos, 82,8 % tinham conhecimento sobre a função do Terapeuta da fala; 15,8% “tinha ouvido falar, mas desconhecia” e apenas 1,5% afirmou nunca ter ouvido falar.

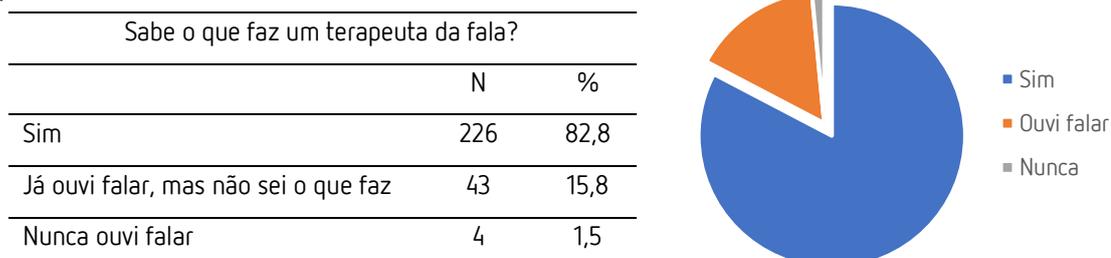


Tabela 20 e Gráfico 17- Conhecimento sobre função do Terapeuta da fala

5.5.1.2. Conhecimento sobre faixas etárias em que atua a Terapia da fala

A maioria dos inquiridos afirmou que o Terapeuta da fala pode atuar em todas as idades (75,1%).



Gráfico 18- Distribuição atuação Terapia da fala

5.5.1.3. Conhecimento sobre áreas de atuação do Terapeuta da fala

É do conhecimento dos pais que o Terapeuta da fala pode resolver problemas ao nível da fala (100%); alguns afirmam que este pode corrigir a postura lingual (69,9%), no entanto ainda são poucos os que conhecem as restantes áreas de atuação.

	N	%
Problemas na fala	273	100
Correção da postura lingual	191	69,9
Correção da mastigação	98	36,3
Eliminação de hábitos	89	32,6

Tabela 21– Áreas de atuação na Terapia da fala

5.5.2. Conhecimento sobre a Medicina dentária

5.5.2.1. Conhecimento sobre faixas etárias em que atua a Medicina dentária

A maioria dos pais afirmou que o Médico dentista pode atuar em todas as idades (85,3%).

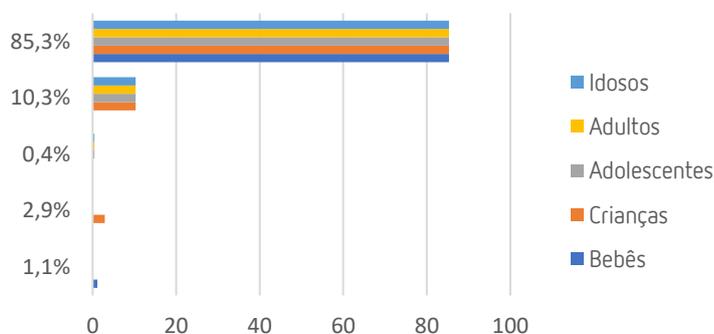


Gráfico 19- Idade de atuação em Medicina dentária

5.5.2.2. Conhecimento sobre áreas de atuação da Medicina dentária

Da população em estudo, 99,3% tem conhecimento que o Médico dentista pode resolver problemas dentários, bem como extrações de dentes (93,8%); no entanto apenas 19% tem conhecimento que o Médico dentista pode atuar a nível da fala.

	N	%
Extrações dentárias	256	93,8
Tratamentos dentários	271	99,3
Colocação de dentes	228	83,5
Colocação de aparelhos ortodônticos	202	74
Problemas na fala	52	19

Tabela 22-
Áreas de atuação na Medicina dentária

5.5.3. Conhecimento sobre a importância da interdisciplinaridade

5.5.3.1. Atuação conjunta entre Medicina dentária e Terapia da fala na resolução de problemas da fala e motricidade orofacial

Do total dos inquiridos verificou-se uma distribuição equiparável de respostas, tendo obtido 33,3% em todas as alíneas.

	N	%
Não fazia ideia	91	33,3
Sim	91	33,3
Já ouvi falar, mas desconheço casos	91	33,3

Tabela 23-
Conhecimento sobre a interdisciplinaridade

5.5.3.2. Problemas na fala e “face/boca” e a especialidade mais procurada

Quando inquiridos sobre que tipo de ajuda procuravam em caso de problemas da fala a maioria dos pais afirmou recorrer a “Terapia da fala” (53,5%) e logo de seguida “ambos” (45,4%); no caso de alterações a nível da face/boca destacou-se primeiro “ambos” (57,5%) e só depois o “Médico dentista” (41,8%).

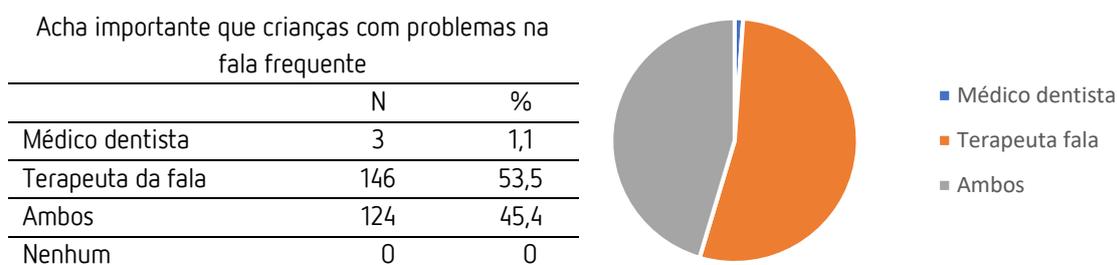


Tabela 24 e Gráfico 20- Procura em caso de problemas na fala

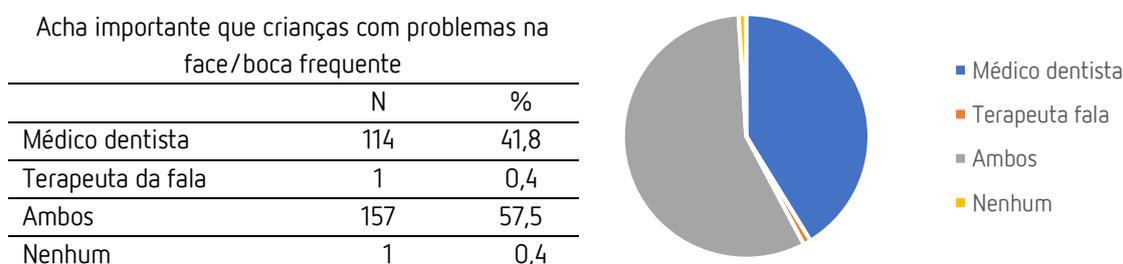


Tabela 25 e Gráfico 21- Procura em caso de alterações na face/boca

6. DISCUSSÃO

6.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A linguagem é um processo neurofisiológico adquirido que se vai aperfeiçoando ao longo do tempo.^(10,35) Com a maturação e o seu desenvolvimento, a criança inicia uma descoberta por mais e novos sons, pelo que por volta dos doze meses de idade é expectável que a criança já tenha proferido as primeiras palavras,⁽⁴⁾ o que vai de encontro à população em estudo, uma vez que a maioria iniciou a sua comunicação entre os oito e os doze meses (49,5%).

Verificou-se ainda que os indivíduos do sexo masculino apresentam um ligeiro atraso em relação aos do sexo feminino, o que poderá ser explicado pelo facto da mulher se desenvolver mais rápido.^(36,37)

6.2. Hábitos de sucção

A sucção nutritiva é fulcral para um correto crescimento e maturação do sistema estomatognático, sendo que se verificou um menor número de alterações a nível orofacial quando amamentados por aleitamento materno e exclusivamente, até ao sexto mês de vida,⁽¹⁴⁾ o mesmo se verifica no presente estudo.

Quando as necessidades de sucção não são alcançadas durante o período de amamentação a criança acaba por adotar hábitos de sucção não nutritivos.^(1,15) Desta forma, 50,6% das crianças poderão ter desenvolvido estes hábitos por falta de amamentação (15,4%) ou por um período de amamentação inferior a 6 meses (35,2% de 84,6%).

Segundo Garbin C. et al, 70,8% das crianças utilizavam algum hábito de sucção não nutritivo, sendo a chupeta o mais frequente (45,6%),⁽⁵⁾ o que vai de encontro ao estudo realizado em que a chupeta é o mais frequente (81,3%).

Este reflexo é normal até aos dois a três anos de idade na vida da criança, pelo que, é expectável que desapareça ainda antes dos 3 anos de idade, sendo que, se não desaparecer torna-se um hábito nocivo e desta forma será prejudicial ao desenvolvimento do sistema estomatognático.^(12,14,5,16) No presente estudo verificou-se uma relação entre os hábitos de sucção não nutritivos e alterações orofaciais.

Foi verificado que apenas 4,4% dos pais procurou por ajuda para eliminação desses hábitos, sendo que a grande maioria procurou o Médico de família (58,4%), no entanto seria espectável que se recorresse mais ao terapeuta da fala.

6.3. Alterações de desenvolvimento da linguagem

Neste estudo, verificou-se que as consoantes mais afetadas são a pronúncia do "S" e/ou "Z"; "L" e "R fraco".

Na população em estudo, 61,2% apresentavam alterações de linguagem resultantes de alterações a nível orofacial. Tomando como exemplo a retrusão mandibular e a mordida aberta que estão maioritariamente associadas a dificuldades de pronúncia no "S" e/ou "Z", "R forte", "R fraco" e "L", o que seria de esperar.

Quando inquiridos sobre a necessidade de procurar ajuda especializada para correção dessas alterações, 51,6% respondeu de forma afirmativa; sendo que a grande maioria recorreu ao Terapeuta da fala (87,7%).

Um tratamento de sucesso deve passar, não só, pela a cessação do hábito bem como por uma correção dos fatores etiológicos.^(24,27) Sendo assim, se o problema for resultante de um problema orofacial, o Médico dentista deverá atuar de forma intercetiva na correção da forma, recorrendo ao uso de aparelhos fixos ou removíveis.^(24,25,27,28) Tendo como grande aliada a Terapia da fala que permite uma modificação da função, bem como reeducação da musculatura orofacial através de exercícios, para uma diminuição de recidivas.⁽²⁴⁻²⁷⁾ Varandas C. et al realizou um questionário a vários Médicos dentistas, onde concluiu que estes encaminhavam, na sua grande maioria, pacientes para Terapia da fala.⁽³⁸⁾ Assim, o esperado seria que quem encaminhou o paciente para Terapia da fala fosse o seu Médico dentista, ou vice-versa, o que não se verificou. Os grandes responsáveis por encaminhar o paciente para Terapia da fala, neste caso, foram o Médico de família (41,5%) e a Escola/Educadora (29,2%); tendo o Médico dentista apenas 4,6% de impacto.

6.4. Alterações no sistema estomatognático

Dos 273 indivíduos, 50,9% apresentavam alterações ao nível do sistema estomatognático, sendo que apenas 39,6% procuraram ajuda para correção dos mesmos.

Mendes A. Et al e Amaral E. et al realizaram um questionário com o objetivo de avaliar a existência de uma relação entre a Terapia da fala e a Medicina dentária na motricidade orofacial e concluíram que os profissionais de saúde oral eram conhecedores da função de um Terapeuta da fala e recebiam, bem como encaminhavam os seus pacientes.^(19,39) Neste estudo, dentro dos 39,6% que procuraram ajuda a grande maioria recorreu ao Médico dentista (90,9%), no entanto, apenas 14,5% foi reencaminhado por um Terapeuta da fala; sendo que o Médico-família (36,4%) volta a possuir uma enorme influência na orientação do paciente.

6.5. Opinião dos pais

O Médico dentista é o profissional de saúde responsável por diagnosticar, prevenir, tratar e reabilitar a cavidade oral e estruturas anexas, em qualquer faixa etária, atuando sobretudo no restabelecimento da forma.⁽⁶⁾

O Terapeuta da fala previne, reabilita e reestabelece a função do aparelho estomatognático. Atuando desde o nascimento, avaliando o desenvolvimento psico-motor e possíveis perturbações, até à idade adulta passando pela remoção de hábitos deletérios, melhoria da articulação e fluência da fala.^(4,6-8)

No que diz respeito à opinião dos pais, podemos verificar que estes são conhecedores da função (82,8%) e idade de atuação (75,1%) do Terapeuta da fala. No entanto, quando questionados sobre as áreas de atuação da Terapia da fala é de conhecimento geral que esta pode resolver problemas da fala (100%) e até, na grande maioria, que pode atuar na correção da postura lingual (69,9%), no entanto mostram-se pouco conhecedores das restantes áreas.

Quanto ao nível de conhecimento sobre a Medicina dentária, a maioria dos pais mostrou-se conhecedor da idade de atuação (85,3%), bem como das áreas de atuação em geral, à exceção da capacidade de resolução de problemas na fala, em que apenas 52 indivíduos (19%) escolheram essa opção.

Segundo Figueiredo R. et al e Limme M. et al a atuação interdisciplinar entre a Medicina dentária e a Terapia da fala é de extrema importância para o sucesso do tratamento, uma vez que a atuação de um depende e intercede no trabalho do outro.^(6,13)

Existem vários estudos que procuram avaliar o conhecimento dos profissionais sobre esta temática^(19,38,39), no entanto, não existem estudos que avaliem o conhecimento dos pais. Assim, com este estudo verificou-se que apenas 33,3% dos inquiridos eram plenamente conhecedores da interdisciplinaridade, os restantes 66,6% apenas “tinham ouvido falar” ou “não faziam ideia”.

Apesar de, demonstrarem pouco conhecimento sobre a multidisciplinaridade entre um Médico dentista e um Terapeuta da fala, quando inquiridos sobre que tipo de ajuda as crianças deviam procurar em caso de problemas da “face/boca” a maioria respondeu “ambos” (57,5%). O mesmo aconteceu na procura de ajuda para problemas na fala em que, embora a maioria tenha respondido “Terapeuta da fala” (53,5%), a resposta ambos (45,4%) obteve uma percentagem significativa.

7. CONCLUSÃO

Os pais mostraram-se pouco conhecedores quanto à importância da atividade conjunta entre a Medicina dentária e a Terapia da fala. No entanto, quando questionados sobre qual o tipo de ajuda especializada optar para a correção dos problemas orofaciais e/ou fonéticos, a maioria concordou na simbiose entre o Médico dentista e o Terapeuta da fala.

Na prática, foi verificado que os pais raramente procuram ajuda e, quando o fazem é escolhida de acordo com o problema.

Concluindo, a atuação interdisciplinar entre a Medicina dentária e a Terapia da fala é de extrema importância para o sucesso do tratamento. No entanto, é uma área pouco abordada e pouco conhecida pelos pais, motivo pela qual esta investigação poderá despertar curiosidade e abrir novos caminhos a novos estudos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martinelli R, Fornaro ÉF, et al. Correlations between speech disorders, mouth breathing, dentition and occlusion. Rev. CEFAC. 2011 Jan-Fev; 13(1):17-26
2. Suzart DD, Carvalho AR. Speech disorders related to alterations of the lingual frenulum in schoolchildren. Rev. CEFAC. 2016; 18(6): 1332-1339
3. Silva TR, Canto GL. Dentistry-speech language pathology integration: the importance of interdisciplinary teams formation. Rev. CEFAC. 2014 Mar-Abr; 16(2):598-603
4. Peixoto V, Rocha J. Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala. 1 ed. Porto-Portugal: Pessoa UF; 2009: 1-218
5. Garbin CAS, Garbin AJÍ, et al. Prevalence of non-nutritive sucking habits in preschoolers and parents' perception of its relationship with malocclusions. Cien Saude Colet. 2014 Feb; 19(2):553-8
6. Figueiredo RF, Santos BL, Aguiar AP, et al. Interdisciplinary relationship between orthodontics and phonoaudiology. Revista Faiepe. 2018 Jan-Jun; 8(1):85-100
7. Figueiredo Pollman MC. A patologia da fala no tratamento ortodôntico. SPODF. 1994: 77-86
8. Prates A, Silva E. A Terapia da Fala em Portugal. Distúrbios da comunicação. EDUC. 2011 Dez; 23(3):365-368
9. Angst OV, Liberalesso K, et al. Prevalence of speech- language disorders in kindergarten children of public schools and the social indicators. Rev CEFAC. 2015 Jun;17(3):727-733.
10. Thibault C. Terapia da Fala e Oralidade, Portugal: Lusididacta; 2009 Nov, cap.3
11. Guimarães I. PAOF- Protocolo de Avaliação Orofacial. Lisboa; 3-46
12. Monguilhott LMJ, Frazzon Js, Cherem VB. Sucking Habits: how and when to treat it in a orthodontic x fonoaudiology view. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2003 Jan-Fev; 8(1):95-104
13. Limme M, Bruwier A. Early interceptive treatment management. J Dentofac Anomalies Orthod. 2014 Oct 20; 17(3):302
14. Bervian J, Fontana M, Caus B. Relationship among breastfeeding, oral motor development and oral habits. Rev da Fac Odontol - UPF. 2008 Mai-Ago; 13(2):76-81
15. Solís EM. Succión digital: repercusiones y tratamiento. Odontol Pediatr. 2018; 17(1):42-51
16. Pinho T. A Ortodontia Intercetiva nas Deformidades Dento-maxilares. Nascer e crescer. 2011; 20(3):192-196
17. Mason RM. et al. A retrospective and prospective view of orofacial myology. Int J Orofacial Myology. 2008 Nov; 34:5-14.

18. Saccomanno S, Antonini G, Fiorita A, Deli R. Patients treated with orthodontic-myofunctional therapeutic protocol. *European Journal of paediatric dentistry*. 2012; 13:241-243
19. Amaral EC, Bacha SMC, Lorenzo E, et al. Interrelation between Odontology and Speech- Language Pathology in Orofacial Myology. *Revista CEFAC*. 2006 Jul-Set; 8(3): 337-351
20. Araújo EA, De Araújo CV. Abordagem clínica não-cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008; 13(6):128–157
21. Usumez S, Uysal T, Sari Z, et al. The Effects of Early Preorthodontic Trainer Treatment on Class II, Division 1 Patients. *Angle Orthodontist*. 2004; 74(5): 605-609
22. Gribel MN, Gribel BF. Planas Direct Tranks in Young Patients with Class II Malocclusion. *World Journal of Orthodontics*. 2005; 6: 355-368
23. Mezzomo C, et al. The implications of class II angle and class II type skeletal disproportion on the myofunctional aspect. *Rev. CEFAC*. 2011 Jul-Ago; 13(4):728-734
24. Artese A, Drummond S, et al. Critérios para o diagnóstico e tratamento estável da mordida aberta anterior. *Dental Press J Orthod*. 2011 Jun; 16(3):136–61
25. Burford D, Noar JH. The Causes, Diagnosis and Treatment of Anterior Open Bite. *Dent Update*. 2003 Jun 2; 30(5):235–241
26. Maciel V, Leite I. Etiological aspects of anterior open bite and its implications to the oral functions. *Pró-Fono*. 2005 Set-Dez; 17(3): 293-302
27. Van Dyck C, Dekeyser A, et al. The effect of orofacial myofunctional treatment in children with anterior open bite and tongue dysfunction. *Eur J Orthod*. 2016 Jun; 38(3):227–234
28. Nascimento MH, Araújo TM et al. Severe Anterior Open Bite during Mixed Dentition Treated with Palatal Spurs. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2016; 40(3): 247-250
29. Inagaki L, Prado G, Iwamoto S, et al. Interdisciplinary approach between dentistry and speech-language pathology in treatment of children with early childhood caries. *Rev CEFAC*. 2015; 17(2):595–603
30. Ferres-Amat E, et al. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2016 Jan 1. 21(1): 39-47
31. Tsaousoglou P, et al. Diagnosis and treatment of ankyloglossia. *Quintessence international*. 2016 Jun; 47(6): 523-534
32. Yoon A, Zaghi S et al. Toward a functional definition of ankyloglossia. *Sleep Breath*. 2017; 21: 767-775
33. Vaz PMB et al. Lingual frenulum and malocclusion: An overlooked tissue or a minor issue. *Indian Journal of Dental Research*. 2015; 26: 488-492
34. Cavalheiro MG, Corrêa CDC, et al. Interchange of Ankyloglossia for the Evolution of the Phonological framework. *Distúr comum*. 2018 Dec 12; 30(4):785-790

35. Goulart B et al. Speech disorders and grade retention in elementary. Rev. CEFAC. 2014 Mai-Jun; 16(3): 810-816
36. Veloso L et al. Sucesso Escolar da Compreensão do Fenómeno às Estratégias para o Alcançar. 1 ed. Lisboa: Editora Mundos Sociais; 2013; 59-76
37. Patah K, et al. Prevalence of phonological disorders and phonological processes uses in seven-years-old scholar. Rev. CEFAC. 2008 Abr-Jun; 10(2):158-167
38. Varandas C, et al. Adhesion to speech therapy according to the view of orthodontists and pediatric dentists. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008; 13(3):233–9
39. Mendes S et al. The function of speech therapy in orthodontics and in odontopediatricians: evaluation of knowledge of odontologists specialists. Rev. CEFAC. 2005 Jan-Mar; 7(1):60-67

Anexos

Anexo 1- Autorização para entrega de questionários

Exm^{o/a}. Senhor/a Diretor/a,

Assunto: Pedido de autorização para realização de recolha de dados para um estudo de investigação.

Eu, *Patrícia Alexandra Santos Vieira*, na qualidade de aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição, no sentido de realizar a recolha de dados para um estudo de campo no âmbito do meu relatório final de estágio.

O meu trabalho intitulado "O conhecimento dos pais sobre a importância da Terapia da Fala na Medicina Dentária" tem como objetivo avaliar o conhecimento dos pais de crianças no ensino primário, sobre como atuar quando o filho apresenta um problema a nível fonético ou na cavidade oral.

Os dados recolhidos são confidenciais e em momento algum os participantes serão identificados.

Para isso, será necessário enviar um questionário para os encarregados de educação das crianças com perguntas relativas ao tema.

Agradeço desde já, a vossa disponibilidade e o auxílio prestado para a realização deste trabalho, seguindo em anexo um exemplar do questionário para vossa apreciação e parecer.

Gandra, ___ de Março de 2019

(Patrícia Vieira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações fornecidas. Desta forma, autorizo a distribuição dos questionários, para fins pedagógicos, neste estabelecimento de ensino.

Data ___/___/_____

(Diretor/a da escola _____)

Exm^o/a. Senhor/a Diretor/a,

Assunto: Pedido de autorização para realização de recolha de dados para um estudo de investigação.

Eu, *Patrícia Alexandra Santos Vieira*, na qualidade de aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição, no sentido de realizar a recolha de dados para um estudo de campo no âmbito do meu relatório final de estágio.

O meu trabalho intitulado "O conhecimento dos pais sobre a importância da Terapia da Fala na Medicina Dentária" tem como objetivo avaliar o conhecimento dos pais de crianças no ensino primário, sobre como atuar quando o filho apresenta um problema a nível fonético ou na cavidade oral.

Os dados recolhidos são confidenciais e em momento algum os participantes serão identificados.

Para isso, será necessário enviar um questionário para os encarregados de educação das crianças com perguntas relativas ao tema.

Agradeço desde já, a vossa disponibilidade e o auxílio prestado para a realização deste trabalho, seguindo em anexo um exemplar do questionário para vossa apreciação e parecer.

Gandra, 12 de Março de 2019

Patrícia Alexandra Santos Vieira

(Patrícia Vieira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações fornecidas. Desta forma, autorizo a distribuição dos questionários, para fins pedagógicos, neste estabelecimento de ensino.

Data 12/03/2019

José António Silva
(Diretor/a da escola Agostinho S. Pedro Cruz)



Anexo 2- Questionários Relatório Final de Estágio

Questionário

Eu, *Patrícia Alexandra Santos Vieira*, na qualidade de aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, venho por este meio solicitar a sua participação no presente questionário, no âmbito do trabalho de investigação "O conhecimento dos pais sobre a importância da Terapia da Fala na Medicina Dentária". O questionário é de caráter anónimo e individual, necessitando-se apenas de alguns dados demográficos para fins estatísticos, cujo preenchimento demora cerca de 5 minutos.

As seguintes perguntas, são sobre o seu filho/educando:

- Idade atual: ___ anos
- Sexo: F M

1. Começou a falar com que idade?

- 8-12 meses
- 13-18 meses
- 19-24 meses
- 25-30 meses
- 31-36 meses
- + 36 meses

2. Referente aos hábitos infantis responda às seguintes questões:

- a) Realizou aleitamento materno (mama)? Sim Não
 - Com que idade deixou de mamar? _____
- b) Utilizou chupeta? Sim Não
 - Com que idade deixou o uso da chupeta? _____
 - Ainda usa
- c) Utilizou biberão? Sim Não
 - Com que idade deixou o uso do biberão? _____
 - Ainda usa
- d) "Chuchou" no dedo? Sim Não
 - Com que idade deixou o hábito? _____
 - Ainda "chucha" no dedo
- e) "Chuchou" na língua? Sim Não
 - Com que idade deixou o hábito? _____
 - Ainda "chucha" na língua

2A. Recorreu a alguma ajuda especializada para eliminação dos hábitos anteriores? Sim Não

Se sim, qual?

Médico dentista Terapeuta da fala Médico-família Outro _____

3. Das seguintes dificuldades, assinale a(s) que apresenta/ apresentou?

- Erro na pronúncia dos "S" e/ou "Z"
- Erro na pronúncia do "R" forte (p. exemplo: Rato)
- Erro na pronúncia do "R" fraco (p. exemplo: Cara)
- Erro na pronúncia dos "T"
- Erro na pronúncia dos "L"
- Erro na pronúncia de outras letras/sons. Quais? _____
- Outras dificuldades _____
- Nenhuma

Se apresenta, peelo menos uma, das dificuldades acima descritas, responda:

3A. Recorreu a ajuda profissional para a correção dessas dificuldades da fala?

Sim Não

Se sim,

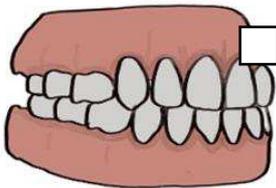
a) Que tipo de ajuda recorreu:

Médico dentista Terapeuta da fala Médico-família Outro _____

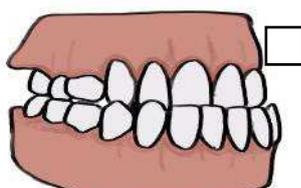
b) Quem indicou a ajuda?

Médico dentista Terapeuta da fala Médico-família Outro _____

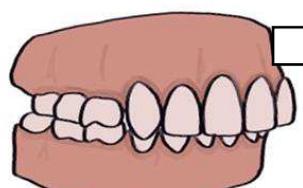
4. Das seguintes imagens, assinale a(s) que identifica quando visualiza a face/boca do seu filho.



a) Sem alterações



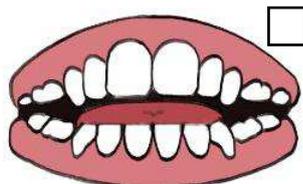
b) Dentes inferiores para a frente em relação aos superiores



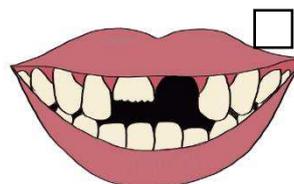
c) Dentes superiores muito para a frente em relação aos inferiores



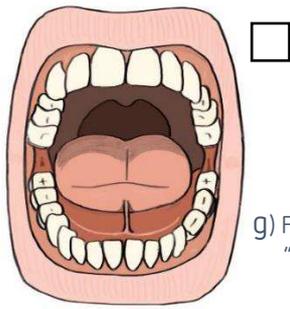
d) Dentes da frente superiores e inferiores sem contactar, formando um arco



e) Língua em contacto constante com os dentes ou além destes



f) Falta de dentes da frente



g) Freio lingual curto
"língua presa"

Se apresenta, peelo menos uma, das dificuldades acima descritas, responda:

4A. Recorreu a ajuda profissional para a correção a nível da face/boca?

Sim Não

Se sim,

a) Que tipo de ajuda recorreu:

Médico dentista Terapeuta da fala Médico-família Outro _____

b) Quem indicou a ajuda?

Médico dentista Terapeuta da fala Médico-família Outro _____

Na sua opinião:

5. Sabe o que faz um Terapeuta da fala?

Nunca ouvi falar Já ouvi falar, mas não sei o que faz Sim

6. O terapeuta da fala pode atuar com pessoas de que faixa etária?

Bebês [0-2anos] Crianças Adolescentes Adultos Idosos
 Todas as idades

7. O Médico dentista pode atuar com pessoas de que faixa etária?

Bebês [0-2anos] Crianças Adolescentes Adultos Idosos
 Todas as idades

8. Um Médico dentista pode resolver que tipos de problemas? (Assinalar uma ou mais opções)

Extrações de dentes Tratamentos dentários Colocação de dentes
 Colocação de aparelhos ortodônticos Problemas na fala

9. Um Terapeuta da fala pode resolver que tipos de problemas? (Assinalar uma ou mais opções)

Problemas na fala Correção de postura da língua
 Correção da mastigação
 Eliminação de hábitos (p.ex. chupeta, biberão, "chuchar" no dedo)

10. Sabia que um Médico dentista e um Terapeuta da fala podem atuar em conjunto para resolução de problemas a nível da fala e motricidade orofacial (músculos da face e língua)?

Não fazia ideia Sim Já ouvi falar, mas desconheço casos

11. Acha importante que a criança com problema de fala frequente:

Médico dentista Terapeuta da fala Ambos Nenhum

12. Acha importante que a criança com problema da face/boca frequente:

Médico dentista Terapeuta da fala Ambos Nenhum

Obrigada pela atenção.

Patrícia Vieira

Capítulo II- Relatório das Atividades Práticas de Estágio Supervisionado

1. INTRODUÇÃO:

O Estágio é uma componente essencial para a formação académica do aluno. É neste período que o aluno para além de desenvolver um contacto médico-paciente, aprimora a sua habilidade técnica e teórica, tornando-se autónomo e responsável pelas suas decisões, em diferentes ambientes clínicos.

No Mestrado Integrado em Medicina Dentária o estágio encontra-se dividido em três áreas: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio em Clínica Hospitalar e Estágio em Saúde Oral Comunitária.

2. RELATÓRIO DE ATIVIDADES POR UNIDADE CURRICULAR:

2.1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica de Gandra do IUCS, entre 13 de setembro de 2018 e 13 de junho de 2019, à quinta-feira das 19h às 24h perfazendo um total de 180 horas. Monitorizado pela Professora Doutora Filomena Salazar e pelo Mestre João Baptista, este estágio constituiu uma mais valia para desenvolvimento de competências em ambiente clínico.

	Operador	Assistente	Total
Triagem	3	3	6
Destartarização	7	7	14
Exodontia	1	0	1
Dentisteria	11	14	25
Outros	2	0	2
Total	24	24	48

Tabela 1- Descrição dos atos realizados em Estágio em Clínica Geral Dentária

2.2. Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar cujo o regente é o Dr. Fernando Figueira, decorreu no Hospital de S. João- Pólo Valongo, entre 14 de setembro de 2019 e 14 de junho de 2019, à sexta-feira das 14h às 17:30h perfazendo um total de 120 horas. Monitorizado pela Mestre Rita Cerqueira. Este estágio constituiu uma mais valia para desenvolvimento de competências em ambiente hospitalar, uma vez que o aluno tem a oportunidade de realizar tratamentos em pessoas com características especiais e diversos tipos de patologias.

	Operador	Assistente	Total
Triagem	11	16	27
Destarização	11	11	22
Exodontia	31	25	56
Dentisteria	18	16	34
Endodontia	12	11	23
Outros	0	9	9
Total	83	88	171

Tabela 2- Descrição dos atos realizados em Estágio em Clínica Hospitalar

2.3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária decorreu no período de 13 de setembro de 2018 a 13 de junho de 2019, à quinta-feira das 9h às 12h30 com um total de 120 horas, sendo regido pelo Professor Doutor Paulo Rompante.

Numa primeira fase, este estágio decorreu nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Nesta etapa foram executados projetos de intervenção comunitária em diferentes estabelecimentos, como o Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira e Hospital de Santo Tirso em parceria com a Santa Casa da Misericórdia, um outro projeto realizado foi um projeto de rua. Numa segunda etapa, os alunos foram para as respetivas unidades clínicas, sendo que estas são fundamentais para o aluno uma vez que, para além de ganhar aptidão prática e teórica, o aluno é capaz de comunicar com diferentes meios e pessoas com temperamento e patologias variáveis, sendo capaz de tomar atitudes em diferentes ambientes. A supervisão foi assegurada pela Doutora Cristina

Calheiros e pelo Mestre José Pedro Novais de Carvalho, no Estabelecimento Prisional de Paços Ferreira e Hospital de Santo Tirso, respetivamente.

		Operador	Assistente	Total
Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira	Triagem	0	1	1
	Exodontia	2	7	9
	Dentisteria	2	1	3
	Outros	0	0	0
	Total	4	9	13
Hospital de Santo Tirso	Triagem	0	3	3
	Destartarização	2	7	9
	Exodontia	2	7	9
	Dentisteria	4	1	5
	Endodontia	1	3	4
	Outros	0	2	2
	Total	9	25	34
Total		13	34	47

Tabela 3- Descrição dos atos realizados em Estágio em Saúde Oral e Comunitária

Numa terceira fase, no dia 13 de junho de 2019, os alunos colocaram em prática o projeto de intervenção comunitária de rua apresentado anteriormente, na Escola EB1/JI de Água Longa, cujo principal objetivo foi consciencializar os mais novos para a importância da Saúde Oral recorrendo a atividades didáticas.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO:

O conjunto dos diversos estágios é fundamental para o desenvolvimento técnico e teórico do aluno sendo, sem dúvida, uma mais valia para uma melhor preparação para a vida profissional futura.